



HAL
open science

Les compétences des sages-femmes néo-diplômées dans l'abord de la sexualité pendant la grossesse

Marion Stéphan

► **To cite this version:**

Marion Stéphan. Les compétences des sages-femmes néo-diplômées dans l'abord de la sexualité pendant la grossesse. Gynécologie et obstétrique. 2023. dumas-04609294

HAL Id: dumas-04609294

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04609294v1>

Submitted on 12 Jun 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ECOLE DE SAGES FEMMES DE RENNES

**Les compétences des sages-femmes néo-diplômées
dans l'abord de la sexualité
pendant la grossesse**

Mémoire présenté par Marion Stéphan

Née le 28 Janvier 1990

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME 2023

ECOLE DE SAGES FEMMES DE RENNES

**Les compétences des sages-femmes néo-diplômées
dans l'abord de la sexualité
pendant la grossesse**

Mémoire présenté par Marion Stéphan

Née le 28 Janvier 1990

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME 2023

L'école de sages-femmes n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans ce mémoire : ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur

Remerciements

Je tiens à remercier tout d'abord les sages-femmes qui ont participé à cette étude, permettant la réalisation de ce travail.

A ma directrice de mémoire, Fanny LE LOUREC, sage-femme, pour son aide et son implication. Merci pour tes conseils et ton soutien.

Au binôme de guidantes de mémoire, Françoise TASSON et Laure BARTHELEMY, sages-femmes enseignantes, pour vos relectures et vos conseils bienveillants.

Merci à cette incroyable promotion 2019-2023, pour cette solidarité et cette joie constante durant ces quatre années.

Merci à ceux et celles qui ont eu confiance en moi dès ce projet de reprise d'études, à mes anciens et anciennes collègues de travail.

Merci à Julie et à Karen, des belles rencontres lors ce retour sur les bancs de l'école. Merci pour votre bonne humeur matinale et votre bienveillance.

Merci à mes fidèles amis, Anička, Aude, Guillaume, Julien, Mathilde, Maud, Mylène et Sébastien, vous n'avez jamais cessé d'y croire ! Mille mercis !

Et enfin, merci à ma famille pour vos encouragements dans toutes les étapes de ces six dernières années. Merci pour votre confiance inconditionnelle !

GLOSSAIRE

EPP : Entretien Prénatal Précoce

HAS : Haute Autorité de Santé

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

PMI : Protection Maternelle Infantile

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Table des matières

I.	Introduction.....	1
II.	Généralités	4
	2.1 Avoir des connaissances.....	4
	2.2 Développer une pratique professionnelle	4
	2.3 Le sentiment de compétence	5
	2.4 La sexualité, une évolution séculaire.....	6
	2.5 La sexualité au cours de la grossesse.....	6
III.	Méthodologie de l'étude	8
	3.1 Le type d'étude	8
	3.2 La population interrogée.....	8
	3.2.1 Les critères d'inclusion.....	8
	3.2.2 Le recrutement de la population.....	8
	3.3 La méthodologie de l'étude	9
	3.3.1 L'élaboration des outils pour les entretiens	9
	3.3.2 L'entretien exploratoire.....	10
	3.3.3 Les modalités de déroulement des entretiens	10
	3.3.4 Les données signalétiques.....	10
	3.3.5 Le recueil des données.....	10
IV.	Exposé et interprétation des résultats analysés.....	11
	4.1. Caractéristiques des sages-femmes enquêtées.....	11
	4.2 Avoir des compétences en matière de sexualité humaine	12
	4.2.1 Une définition pluridimensionnelle difficile	12
	4.2.2 Une représentation en lien à l'acte intime	12
	4.2.3 La sexualité dans la globalité de la santé.....	13
	4.2.4 La richesse des apports personnels.....	13
	4.2.5 La formation initiale comme source d'intérêt pour la santé génésique	14
	4.2.6 Les divers aspects de la formation initiale en sexualité	14

4.2.7 L'enseignement de la sexualité pendant la grossesse délaissée en formation initiale	15
4.2.8 Un manque d'information sur les besoins des femmes enceintes	15
4.2.9 La rencontre avec les femmes enceintes, un apprentissage continu.....	16
4.3 Développer une pratique adaptée à l'abord de la sexualité	16
4.3.1 Une demande anticipée	16
4.3.2 De multiples moments d'échanges	17
4.3.3 Une adaptation naturelle	18
4.3.4 Une adaptation pour une disponibilité d'écoute	18
4.3.5 La régularité de l'accompagnement au bénéfice de la confiance	18
4.3.6 Une qualité d'écoute	19
4.3.7 Une liberté de paroles suggérée	19
4.3.8 Une posture de non jugement	20
4.3.9 Une attention au langage para-verbal	20
4.3.10 Une aide par le matériel	20
4.3.11 Une approche vers le bien-être sexuel	21
4.3.12 Une considération de la femme dans sa globalité	22
4.3.13 Dépister et prévenir des violences	22
4.3.14 Le tabou de la sexualité : frein et motivation de l'abord	23
4.4 Se sentir en compétence pour accompagner les couples dans leur sexualité pendant la grossesse	24
4.4.1 De l'étonnement à un espace de liberté de paroles chez les patientes	24
4.4.2 L'enjeu des expériences auprès de leurs futurs pairs.....	25
4.4.3 L'évidente persuasion verbale des patientes.....	25
4.4.4 Une aisance commune d'aborder la sexualité	26
4.4.5 Le développement de l'aisance à échanger	26
4.4.6 Avoir une posture professionnelle	27
4.4.7 Un sentiment d'autosatisfaction individuel.....	28

V. Discussion : les premiers éléments.....29

5.1 Les forces et les limites de l'étude.....	29
5.1.1 Ses points forts	29
5.1.2 Ses biais	30
5.2 Synthèse des résultats	31

5.2.1 Résultats au regard de la littérature	31
5.2.2 Résultats au regard des hypothèses	41
5.3 Propositions	42
5.3.1. La déconstruction du tabou de la sexualité chez la femme enceinte	42
5.3.2 Expérimenter par ses pairs et par la réflexivité collective	43
5.3.3 Sensibiliser les sages-femmes sur les violences sexuelles	44
VI. Conclusion	46
VII. Bibliographie.....	48
7.1 Documents référencés dans le mémoire par ordre d'apparition	48
7.2 Documents non référencés par ordre alphabétique.....	53
VIII. Annexes	55

I. Introduction

Vivre une sexualité épanouie lors de la grossesse impacte sur le vécu de cette période de transition et dans l'évolution du couple après la naissance de l'enfant (1,2). De nos jours, la sexualité est un fondement de la construction de soi et dans la relation conjugale (3,4), « *vecteur de plaisir, d'attachement et d'union* » (5). Aborder la sexualité lors de la grossesse est nécessaire et est une demande des femmes enceintes (6,7), d'autant que le niveau d'informations influence cet état de bien-être sexuel (8).

La sage-femme possède des compétences, comme le rappelle le Code de la Santé Publique pour assurer « la pratique de la surveillance de la grossesse et la préparation psychoprophylactique à l'accouchement »(9). Ayant une place privilégiée auprès des femmes et des couples, cette professionnelle de santé est légitime pour les accompagner dans cette demande. De plus, la HAS recommande que les modifications physico-psychiques liées à la grossesse, dont celles liées à la sexualité, soient expliquées aux femmes enceintes et à leurs partenaires (10). En effet, ces modifications influencent cette santé sexuelle, définie par l'OMS comme « *bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité [...]* »(11). La sage-femme est présente pour rassurer les couples dans l'acquisition de nouveaux statuts ainsi que dans leur évolution.

Pourtant, il persiste un décalage entre l'information transmise et les besoins des futurs parents dans ce domaine (7,12,13). Si la sexualité est questionnée sur l'aspect contraceptif ou pendant le post-partum, lors de séances de rééducation périnéale, j'ai constaté, lors de mes stages, que les sages-femmes abordaient rarement ces modifications ou ne questionnaient pas le bien-être sexuel des couples lors de la grossesse. Aborder la sexualité lors de la grossesse est une évidence pour les femmes enceintes : selon une étude de 174 femmes accouchées, 74 % d'entre elles pensent que les professionnels de santé devraient faire le premier pas (6). Or, d'après une étude de 2020, 40,1 % des sages-femmes interrogées considèrent échanger avec les patientes sur différents aspects (13). Toutefois, dans différentes études, près de 70 % des femmes enceintes déclarent n'avoir jamais échangé avec un professionnel de santé sur les problèmes de sexualité lors de leurs grossesses (1,14).

Parallèlement, les compétences de la sage-femme dans le domaine de la santé sexuelle se sont élargies. Le renforcement des compétences des professionnels du domaine de la santé sexuelle est l'un des axes de la stratégie nationale de santé sexuelle (2017-2030)(15). Aussi, des connaissances et une approche clinique sont apportées dès la formation initiale en maïeutique dans une unité d'enseignement en santé gènesique des femmes (21). Au sein de chaque école de sages-femmes, le contenu et la forme de l'enseignement sont libres. Le référentiel du métier de sage-femme rappelle que les compétences attendues en matière de sexualité humaine au cours de la grossesse sont d'assurer un suivi et la continuité de la prise en charge au cours des séances de PNP, « en repérant les non-dits et en anticipant les questions non posées (vie de couple, sexualité ...) »(16).

En tant que future sage-femme, mes motivations pour cette étude sont d'autant liées à mon parcours personnel qu'à mon futur projet professionnel, qui est à long terme d'être formée en sexologie. Diplômée en tant que travailleur social, j'ai développé une approche sur l'accompagnement global de la personne. Au cours de ma formation en maïeutique, soucieuse de la prise en charge des femmes dans sa globalité, j'ai été sensibilisée à leurs interrogations sur la quête de leur épanouissement sexuel. Interroger sur le bien-être sexuel des couples aux différents cycles de la vie y compris lors de la grossesse me semble être une préoccupation de la sage-femme. Mon intérêt en tant que future sage-femme est de dépister et prévenir les troubles sexuels dès la grossesse, de permettre aux femmes et aux couples d'appréhender leur sexualité évolutive, leur permettre de « *se laisser en découvrir une nouvelle* » (17) lors ce cheminement vers la parentalité.

Ainsi, je me questionne en tant que future sage-femme sur la manière d'aborder ce sujet. Alors que les sages-femmes ayant eu une formation initiale en sexualité humaine évoquent que celle-ci leur paraît insuffisante (13,18), je m'interroge sur ces sages-femmes récemment diplômées qui ont reçu un enseignement élargi dans le domaine de la santé gènesique. Quelle est leur approche de la sexualité des couples ? Comment a-t-elle évolué depuis leur diplôme ? Comment accompagnent-elles les femmes enceintes et les couples à s'épanouir sexuellement lors de cette transition physico-psychique ? Comment ont-elles développé ce sentiment de compétence pour parler de sexualité ?

Pour cela, j'ai choisi de réaliser une étude qualitative, en effectuant des entretiens semi-directifs auprès de sages-femmes diplômées dans les cinq dernières années afin de répondre à la question de départ « en quoi les compétences permettent aux sages-femmes néo-diplômées d'aborder la sexualité lors de la grossesse ? ».

Pour y répondre, j'ai émis trois hypothèses :

- la sage-femme néo-diplômée dispose de connaissances adaptées pour aborder le concept de la sexualité ;
- la sage-femme néo-diplômée développe une pratique au travers de ses expériences en identifiant et s'adaptant aux besoins pour aborder la sexualité pendant la grossesse ;
- la sage-femme néo-diplômée se sent en capacité pour accompagner les femmes enceintes et les couples dans leur sexualité.

L'objectif principal est de comprendre les pratiques des sages-femmes néo-diplômées sur l'abord de la sexualité pendant la grossesse et de savoir sur quoi elles s'appuient.

Les objectifs secondaires sont :

- Connaître l'approche du concept de la sexualité des sages-femmes néo-diplômées.
- Connaître les différents moyens et la diversité des approches pour aborder la sexualité par les sages-femmes jeunes diplômées.
- Appréhender les difficultés et stratégies mises en œuvre dans l'abord de la sexualité par les sages-femmes néo-diplômées pour répondre aux besoins de leurs patientes.

Dans un premier temps, j'aborderai les différents éléments de « la compétence » et les notions de la sexualité, y compris lorsqu'elle est liée à la grossesse. Puis, sera présentée la méthodologie utilisée au cours de cette étude. Enfin, j'exposerai les résultats de cette étude pour, au cours d'une discussion, les confronter à la littérature et aux hypothèses posées. Je terminerai en formulant des propositions.

II. Généralités

Afin d'avoir une compréhension sur la problématique de cette étude, il me semble important de s'attarder sur les différentes composantes de ce qu'est la compétence. Il s'agit d'un sentiment de connaissances mais aussi de « savoir en action ».

2.1 Avoir des connaissances

Communément définie en un ensemble de savoir, de savoir-faire et de savoir-être, la notion de compétence est développée par un champ pluridisciplinaire (linguistique, sociologie, psychologie, économie ...). Ainsi, en psychologie, la compétence est considérée comme « *une combinaison de savoir-faire, de connaissances, de comportements générateurs d'une performance, et d'attributs personnels* » (13). Avoir des connaissances est l'une des composantes de la compétence. Opposée à l'aptitude, la compétence est davantage axée sur le comportement que sur l'atteinte d'un objectif. En sociologie, cette science précise que la compétence ne se limite pas à la qualification d'une personne, puisque celle-ci dépend de l'individu qui reconnaît cette compétence (19). La validation de savoirs par autrui, par l'acquisition de diplômes (20), renforce la notion d'« avoir la compétence » (21).

2.2 Développer une pratique professionnelle

Limiter la notion de compétence à ces définitions me semble réducteur, d'autant qu'il n'existe pas de consensus sur cette notion (22). Dans les fondements de la relation de soins, Aristote y est cité : seules, les connaissances acquises sont insuffisantes, il faut qu'elles « *deviennent nature en nous* », « *qu'elles se croissent en nous* »(23). L'approche de G. LE BOTERF, Directeur de Le Boterf Conseil (France), reprise dans le référentiel du métier de sage-femme, précise que la compétence est « *un savoir agir en situation* ». En effet, la compétence s'exprime à travers une action contextualisée (20) : « *elles n'existent pas en soi indépendamment de l'activité, du problème à résoudre et de l'usage que l'on a fait* »(24). G. LE BOTERF ajoute qu'une personne compétente, au-delà de posséder des connaissances, doit savoir mettre en œuvre une pratique professionnelle. Il insiste sur l'importance de « *la mobilisation de la combinaison de ressources internes et externes* », et non en une addition de savoir, afin que la pratique de la compétence puisse se développer chez l'individu.

En effet, G. BOTERF a fait la distinction entre « avoir la compétence » et « être en compétence », fondement du référentiel du métier et des compétences des sages-femmes. Avoir des compétences, c'est « *avoir des ressources telles que les connaissances scientifiques et techniques, [...] savoir-faire relationnels avec les patientes, savoir-faire de coopération avec les collègues et d'autres professionnels de la santé, méthodes de raisonnement clinique* ». *Disposer de connaissances est donc une condition nécessaire pour agir [...] dans une situation* ». Mais cela est limitant afin que la personne soit reconnue dans sa compétence, s'y ajoute le processus d'action « *par rapport aux exigences et contraintes particulières de cette situation, tout en mobilisant une combinatoire appropriée de « ressources »* », ce qu'il qualifie « d'être compétent » (16,21,25). Les compétences dites « cognitives » se mobilisent dans cette dimension : à travers les stratégies d'adaptation et de résolution de problème, le « être compétent » se relève (20).

2.3 Le sentiment de compétence

Un troisième niveau de compétence existe, au-delà de posséder des connaissances et de développer une pratique professionnelle. Comme le précise G. LE BOTERF, le « vouloir agir » influence aussi le praticien dans ses missions (21). Avoir le sentiment d'être en capacité, d'être prêt est une notion développée par A. BANDURA, docteur en psychologie et enseignant à l'université de Stanford. Il définit le sentiment de compétence ou sentiment d'efficacité personnelle comme « *la croyance des gens quant à leurs capacités à réaliser des performances particulières* »(26). Composée de quatre éléments, ce sentiment conditionne une pratique professionnelle.

La première source correspond aux « expériences actives », vécues comme des succès et des échecs. Vient en second temps les expériences vicariantes, correspondant à l'apprentissage par modelage ou identification de professionnels observés qui exécutent le comportement à acquérir. La troisième composante est la persuasion verbale par autrui, soit les retours des personnes. Le quatrième élément influençant ce sentiment d'efficacité est l'état psychologique et émotionnel. Il peut être le stress, la frustration ou des émotions positives.

Enfin, pour comprendre le contexte dans lequel la sage-femme néo-diplômée exerce pour aborder la sexualité pendant la grossesse, il me semble nécessaire de rappeler certaines notions sur la sexualité, d'autant qu'elles peuvent influencer les représentations.

2.4 La sexualité, une évolution séculaire

La notion de sexualité a évolué au cours des siècles avant d'être considérée comme le ciment du couple. La société, qu'elle soit d'hier ou d'aujourd'hui, a un rapport intime avec la sexualité des femmes et des hommes. La religion comme les pouvoirs publics se sont préoccupés de définir et encadrer la sexualité. Au Moyen Age, elle est assimilée à la notion de procréation, prohibant toute recherche de plaisir sexuel (3). Elle était considérée comme une perversion sexuelle (27). Dans les années 60-70, la sexualité se libère, se modernise (28). La dissociation de l'activité sexuelle érotique et la procréation fut légitimée, notamment par l'accès aux moyens contraceptifs, ainsi que par la dépénalisation de l'IVG. Les individus prennent le contrôle de leur sexualité. Elle ne se limite pas aux rapports sexuels, elle devient multidimensionnelle : elle est à la fois « *une donnée psycho-socio-affective individuelle, voire personnelle, intime ou privée et en même temps interpersonnelle et collective* » (10). En 2002, l'OMS définit la sexualité comme « *un aspect central de l'être humain [...] qui englobe le sexe, les identités de genre et les rôles y afférents, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction* »(29). Ce concept a connu une évolution séculaire. Pourtant cette sexualité, synonyme d'épanouissement individuel, conserve l'aspect de la loi du silence, que l'on retrouve lors de la grossesse.

2.5 La sexualité au cours de la grossesse

Avoir des rapports sexuels durant la grossesse interroge les couples sur leur sexualité « dénuée d'objectifs reproductifs », jusqu'à réveiller les ordres théologiques qui prônent l'abstinence sexuelle (30). Des idées reçues et des fausses croyances sur la sexualité lors de cette période persistent tels que la crainte de nuire de l'enfant à naître (concernent 50 % des futurs pères, selon une étude) ou de blesser leur partenaire (pour 62,5 % des hommes interrogés, d'après la même étude), la peur d'un accouchement prématuré ou d'une rupture prématurée des membranes (2,13,30,31).

Il a été émis dans une revue de littérature que les représentations sociales impacteraient la qualité de vie sexuelle des femmes lors de la grossesse (32).

A ces inquiétudes, s'y ajoutent les modifications corporelles physiologiques et psychologiques influençant la sexualité au sein du couple (2): la femme enceinte peut être sujette aux nausées et vomissements, à une hypersomnie, dans le premier trimestre, pouvant diminuer le désir sexuel. Après le passage de la crainte de fausse-couche (33), la vie sexuelle peut être plus intense d'autant que l'augmentation physiologique de la congestion et la lubrification vaginales accroît le plaisir sexuel (30). Enfin, le dernier trimestre est marqué par l'inconfort lié à l'augmentation du volume abdominal : cela diminuerait la fréquence des rapports et du désir sexuel (14,30,33).

Par ailleurs, la grossesse est une période de remaniements psychiques (34). Elle est une période de crise émotionnelle, chez la femme. La psychiatre M. BYDLOWSKI parle de « transparence psychique » où l'inconscient refoulé est plus accessible (35). De plus, en cas de traumatismes ou d'évènements douloureux, la femme connaît une période de reviviscence. La grossesse est un processus en mouvement qui est aussi une mise à l'épreuve de la relation maternelle. Ce sont des éléments qui influencent la sexualité. Pour les partenaires, la proximité physique avec le futur enfant lors du coït croise leur imaginaire (14,30,32). Ceux-ci sont confrontés à une nouvelle difficulté, celle de la confusion entre le corps et l'objet du désir : ils doivent faire face à la complexité de dissocier la femme et de la future mère (12,30,32).

La sexualité pendant la grossesse est sujette à de nombreuses variables individuelles physiologiques « *créant une diversification des expériences intimes et sexuelles* »(2). Or la satisfaction sexuelle durant cette période de transition impacte la santé mentale des patientes (32). De plus, une sexualité « altérée » peut avoir des conséquences sur la relation conjugale (1,2).

Aussi, c'est par cette recherche que sont explorées ces dimensions : comment les compétences de ces sages-femmes leur permettent-elles appréhender ces aspects sur le concept de la sexualité et spécifiquement lors de la grossesse ?

III. Méthodologie de l'étude

3.1 Le type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative rétrospective réalisée à partir d'entretiens semi-directifs individuels. Cette approche me paraît la plus adaptée au vue des objectifs de l'étude et permet d'obtenir une richesse dans le discours.

3.2 La population interrogée

3.2.1 Les critères d'inclusion

Les critères d'inclusion des personnes interrogées sont en lien avec le sujet de mon étude. Ils sont donc les suivants :

- La profession de sage-femme : cette étude concerne uniquement cette profession.
- L'année de diplôme : elle doit être comprise entre 2017 et 2021, afin que les sages-femmes soient diplômées dans les cinq dernières années.
- La fréquence dans l'abord de la sexualité pendant la grossesse : il a été choisi de recruter des sages-femmes qui estiment aborder la sexualité à différents degrés de fréquence (d'importante à rare, voire absente). Aussi, le nombre de sages-femmes qui n'abordent pas la sexualité doivent être au minimum de deux, afin de comprendre aussi leurs pratiques à ce sujet.
- Le lieu de la formation initiale : situé sur le territoire français. Il ne doit pas concerner plus de deux personnes dans le même lieu de formation. Afin d'avoir une hétérogénéité de résultats sur les compétences acquises et développées par les sages-femmes, leurs lieux de formation initiale étaient différents.
- Le mode d'exercice : il doit être autant hospitalier que libéral. Au même motif que le lieu de formation initiale, il a été recherché une diversité dans le mode d'exercice.

3.2.2 Le recrutement de la population

Les sages-femmes ont été initialement recrutées par le biais d'un réseau social (Facebook®). Dès le mois d'avril 2022, un message a été diffusé sur différents groupes de sages-femmes de ce réseau, par le biais de mon profil personnel. Lorsque le groupe était privé, une demande d'acceptation au groupe était nécessaire. Ce message présentait l'objet de l'étude et proposait un échange sur leur pratique de l'abord de la sexualité, en ciblant les sages-femmes diplômées depuis 2017 (annexe n°1). Une

relance a été réalisée sur ces groupes sociaux permettant une participation de dix sages-femmes volontaires. Deux entretiens ont été exclus de l'étude, ne répondant pas à l'un des critères d'inclusion (le lieu de formation initiale).

Afin de compléter les données, le recrutement s'est poursuivi à partir d'un moteur de recherche de prise de rendez-vous (Doctolib ®). A partir de juin 2022, j'ai réalisé une recherche ciblée des sages-femmes néo-diplômées en France. Par les coordonnées de ces professionnelles, disponibles sur ce site internet, une sollicitation par envoi d'un message téléphonique a été effectuée (annexe n°2). Les entretiens ont été conduits jusqu'à saturation des données.

3.3 La méthodologie de l'étude

3.3.1 L'élaboration des outils pour les entretiens

Afin de répondre à la problématique et aux hypothèses, un guide et une grille d'entretien ont été réalisés (annexes n°3 et n°4). Les résultats de ces entretiens sont étudiés grâce à une grille d'analyse (annexe n°5).

Le guide d'entretien se décline en trois thématiques :

- la pratique de l'abord de la sexualité : elle détaille la méthodologie utilisée pour aborder la sexualité pendant la grossesse, leurs objectifs et les aides et les difficultés rencontrées ;
- le concept de sexualité et les connaissances en matière de sexualité humaine : s'y ajoute comment ce concept s'est construit et sur quoi il s'appuie, ainsi que les ressources issues de la formation initiale et celles développées depuis leur diplôme de sage-femme.
- le sentiment de compétence : il s'intéresse au ressenti d'efficacité personnelle des sages-femmes dans l'abord de la sexualité et aux moyens pour le développer.

Il a été choisi de ne réaliser qu'un seul guide et grille d'entretien, ne faisant pas la distinction entre les sages-femmes qui abordent systématiquement ou non la sexualité lors de la grossesse. Lorsque celles-ci n'abordaient pas ou rarement ce sujet en prénatal, les questions étaient posées sous la forme du conditionnel lors des

entretiens. Cela a permis de comprendre aussi leurs pratiques et leurs approches de la sexualité, au même titre que pour les sages-femmes qui l'abordent.

3.3.2 L'entretien exploratoire

Après validation de ce guide et de la grille d'entretien, cette dernière a été testée auprès d'une sage-femme. Cela a permis de réajuster l'ordre des questions afin de faciliter l'échange sur leur pratique et l'approche autour de la sexualité. Cet entretien a été donc conservé pour participer à l'étude.

3.3.3 Les modalités de déroulement des entretiens

Les entretiens ont été effectués entre fin avril et mi-septembre 2022. Une entente préalable pour la date et l'horaire de l'échange avait été réalisée. Au vu de l'impossibilité de déplacement des sages-femmes ou de la distanciation géographique, tous les entretiens se sont déroulés en visio-conférence, par Google Meet®. La durée des entretiens a varié en fonction de l'échange (entre 35 minutes à 1 heure et 30 minutes).

3.3.4 Les données signalétiques

Dans le but de respect d'anonymat et de confidentialité des propos, des prénoms fictifs ont été attribués à chaque sage-femme. Cela facilite aussi la lecture de l'analyse des résultats.

Au début de l'entretien, il a été renseigné des données concernant chaque sage-femme afin de caractériser leur profil : son année de diplôme, son lieu de formation initiale, son ou ses mode(s) d'exercice depuis son diplôme ainsi que sa durée, son ou ses type(s) de formation continue ou complémentaire, si elle en a.

3.3.5 Le recueil des données

Pour chaque entretien, un enregistrement audio a été réalisé avec l'accord préalable des enquêtées. Cela a permis de retranscrire avec précision. Le respect de l'anonymat et de la confidentialité des propos avaient été annoncés lors des premiers contacts puis rappelés en début de chaque échange, pour favoriser la libre expression.

IV. Exposé et interprétation des résultats analysés

Un tableau synthétique présentant la description des sages-femmes enquêtées se trouve en annexe (cf. annexe 6).

4.1. Caractéristiques des sages-femmes enquêtées

Onze entretiens ont été réalisés jusqu'à un seuil de saturation des données. Les sages-femmes recrutées sont toutes des femmes. Elles ont été diplômées en tant que sage-femme entre 2018 et 2020. Elles sont issues de la formation initiale de différentes écoles de sages-femmes en France sauf pour deux d'entre elles qui ont été formées dans le même établissement. Depuis l'obtention de leur diplôme, deux d'entre elles exercent en milieu hospitalier, cinq autres travaillent dans le domaine libéral et les quatre dernières ont eu une activité en milieu hospitalier et/ou mixte (en milieu hospitalier et libéral) puis exercent aujourd'hui en tant que sage-femme libérale. La pratique de l'abord de la sexualité concerne surtout celles qui exercent en milieu libéral. En effet, les quatre maïeuticiennes qui estiment aborder rarement la sexualité pendant la grossesse (Clémence, Emma, Géraldine et Julie) et la sage-femme qui ne l'aborde jamais (Hélène) ont une forte expérience en milieu hospitalier. L'objectif de disposer de formations et d'expériences hétérogènes pour cette étude est donc atteint.

En termes de formation continue, la quasi-totalité des sages-femmes ont enrichi leurs compétences depuis l'acquisition de leur diplôme. Sept d'entre elles ont fait le choix de compléter leurs connaissances en gynécologie (suivi, contraception, prise en charge du vaginisme, de l'endométriose, de la ménopause, rééducation périnéale). Des formations sur les violences ont été aussi réalisées pour deux d'entre elles. Au maximum dans les deux années qui suivent la sortie d'école de sages-femmes, celles-ci ressentent le besoin de continuer de se former, notamment dans un domaine lié à leur activité libérale. Ces formations en gynécologie leur permettent d'acquérir une approche en sexologie. Une majorité des sages-femmes ont poursuivi leur formation dans le domaine de la santé génésique.

Lors de mon recrutement, deux sages-femmes formées en Belgique et exerçant en France ont répondu à ma sollicitation (Léa et Marie). J'ai choisi de réaliser l'entretien avec elles, bien que ne répondant pas aux critères d'inclusion de l'étude. Ces deux

entretiens seront analysés en parallèle dans la partie discussion, leurs expériences étant intéressantes afin d'élargir le point de vue.

4.2 Avoir des compétences en matière de sexualité humaine

Tout d'abord, il est important de s'interroger sur la représentation de la sexualité des sages-femmes néo-diplômées. Quels en sont les aspects prédominants ? Qu'est-ce qui leur a permis de construire cette représentation ?

4.2.1 Une définition pluridimensionnelle difficile

Pour toutes les sages-femmes interrogées, la notion de pluri-dimensionnalité de la sexualité est présente. Fanny dit que « *c'est plein de choses, ça englobe énormément de choses la sexualité* ». Karen déclare que la sexualité englobe différents aspects : « *Après je pense qu'il y a pas une case, ce n'est pas vraiment borné !* ». Cet aspect multidimensionnel peut expliquer la difficulté, pour certaines sages-femmes, à exprimer leur représentation. Définir un concept reste difficile : le silence s'impose pour Danielle afin de permettre la réflexion : « *(silence), c'est dur comme question ! Comment dire, sexualité qu'est ce ça m'évoque* ». Hélène dit que « *De manière générale, ça serait, (silence hésitant) compliqué !* ». Les sages-femmes détaillent pourtant les composantes de ce concept. Ces propos témoignent d'une représentation large d'un concept de sexualité comportant plusieurs dimensions. Toutefois, il a été souligné une composante relationnelle.

4.2.2 Une représentation en lien à l'acte intime

Majoritairement, les sages-femmes évoquent tout d'abord le caractère individuel. Pour Danielle, il s'agit « *d'un rapport particulier avec une autre personne ou avec soi-même* ». Béatrice déclare que « *le premier mot qui vient à l'esprit, c'est une rencontre* ». Selon elles, la sexualité appartient à chaque personne et s'inscrit dans l'intimité avec soi et/ou avec autrui. Fanny rajoute que « *ça peut être le rapport physique, le rapport sexuel, de toutes les façons dont il peut être pratiqué* ». L'association de la sexualité aux pratiques sexuelles est présente pour cinq des professionnelles. On peut donc comprendre que les sages-femmes considèrent la sexualité appartenant à l'intime propre de chacun et qu'elle est liée à un acte.

4.2.3 La sexualité dans la globalité de la santé

Toutefois, Karen insiste sur le fait qu'il y a plusieurs éléments dans la sexualité, que « *ce n'est pas seulement en réalité le rapport pénétrant, je pense que l'on peut aller plus loin que cela !* ». En effet, certaines déclarent que la sexualité est relative à une notion de santé avec un aspect positif : Béatrice dit que « *cela fait partie de la santé, cela fait partie du bien-être* ». Clémence insiste aussi dessus : « *La sexualité en fait partie, du bien-être* ». Ainsi l'aspect émotionnel et psychologique est considéré dans la représentation de la sexualité : désir sexuel, plaisir, « *c'est aussi un échange des esprits quelque part, des émotions, du psychique* » précise Béatrice. Les sages-femmes appréhendent les différentes dimensions de la sexualité : cette dernière est définie dans sa globalité selon ces professionnelles.

Aussi, j'ai cherché à comprendre sur quels éléments se fondent ces dimensions que les sages-femmes ont exprimées.

4.2.4 La richesse des apports personnels

La construction de cette représentation se fait, pour la moitié des sages-femmes, tout d'abord par un apport personnel : Béatrice précise que « *l'on est toujours influencée par nos représentations* ». Géraldine complète en disant qu'« *avec tes relations, que ça soit au niveau personnel ou au niveau familial, tu te fais déjà une représentation de la sexualité en tant que telle* ». Danielle « *pense que c'est quelque chose de personnel au départ, ça dépend comment on vit nous-même cette sexualité.* ».

C'est aussi à travers leurs lectures personnelles que s'est construite cette notion pour la moitié des sages-femmes interrogées. Fanny explique qu'elle « *s'est depuis toujours intéressée à la sexualité* ». De plus, après l'obtention de leur diplôme, sept des sages-femmes continuent à cultiver leurs connaissances par « *quelques lectures et quelques recherches personnelles* », comme l'affirme Danielle.

L'apport personnel est cité en premier comme élément de construction de la représentation de la sexualité et leurs connaissances dans ce domaine, y compris une fois diplômées. Si cette représentation de la sexualité s'établit tout d'abord à partir de

soi-même et par ses lectures, la sage-femme néo-diplômée est-elle consciente qu'il en est de même pour sa patientèle ? Comment la professionnelle initie l'échange avec son public, en tenant compte de sa construction individuelle qui soit potentiellement différente ?

4.2.5 La formation initiale comme source d'intérêt pour la santé génésique

De plus, une majorité des enquêtées déclare aussi que la formation initiale leur a permis de construire leur représentation de la sexualité : comme Béatrice le témoigne cela s'est fait par « *les interventions que l'on avait eu à l' cole de sages-femmes* ». Danielle indique qu'elle a « *eu quelques cours, puisque l'on a eu une sexologue* ». La quasi-totalité des sages-femmes sont satisfaites de l'apport de connaissances théoriques reçues au cours de leurs études, comme Clémence disant que « *c'était bien d'avoir eu une formation* ». Pour certaines, cela fut une initiation à la sexologie qui détermina leur pratique en tant que sage-femme telle que le témoigne Karen : « *j'avais trouvé cela hyper intéressant, j'avais adoré ce psychologue et c'est peut être aussi ça qui m'a donné envie d'aller là-dessus.* ». Pour Béatrice, « * a a été une découverte* », elle mentionne que « *cela a été une révélation pour ma future pratique de sage-femme, à ce moment-là, je me dis que j'aimerais un peu pousser la dedans* ». Source des savoirs pour les sages-femmes, l'enseignement reçu en  cole de sages-femmes peut être déterminant dans la pratique de cette professionnelle de santé.

Ainsi, il peut être intéressant de s'interroger sur l'impact de la formation initiale selon le spécialiste qui est intervenu.

4.2.6 Les divers aspects de la formation initiale en sexualité

Lors de la formation initiale des sages-femmes, les professionnels intervenant étaient toujours sexologues : ils étaient médecin, ma euticienne ou psychologue. Venant de divers milieux, l'approche de ces intervenants était variable : pour Clémence, « *il avait beaucoup parlé des troubles de la sexualité, homme et femme* ». Danielle a pu avoir une approche par « *des relations humaines* ». Quant   Fanny, c'était « *une approche un peu scolaire, un peu l'anatomie comme ça marche, le côté très très médical [...] une qui avait plus été autour de la symbolique de la sexualité, des représentations, qu'est-ce qui fait que l'on perçoit comme ci comme ça la*

sexualité ». Comme le déclarent les sages-femmes, ces interventions se déroulaient sous la forme d'un cours magistral avec des échanges. Mais, une liberté est laissée aux établissements de formation sur le volume horaire pouvant aller de quelques heures à des journées entières. Cette liberté est aussi retrouvée dans la forme de l'enseignement.

Ainsi cela m'amène à réfléchir sur ce dernier point. Une diversité d'approche permet aux sages-femmes d'être sensibilisées sur un concept pluridimensionnel. Il peut s'agir d'une démarche enrichissante. Pourtant, si la sexualité n'est étudiée que sous un aspect théorique, comment être armée pour l'aborder dans sa pratique ? Comment développer des compétences relationnelles dans l'abord d'un sujet demeurant tabou, uniquement à partir d'une approche socio-psychologique ou basée sur l'aspect anatomique ?

4.2.7 L'enseignement de la sexualité pendant la grossesse délaissée en formation initiale

De plus, les sages-femmes manifestent qu'elles sont en manque de connaissances en matière de sexualité, spécifiquement sur la période de la grossesse. Fanny dit qu'« *il y avait une partie du cours de sexo qui était sur la sexualité pendant la grossesse, mais c'était un peu minime* ». Comme le souligne Béatrice, « *nous sommes les garants de la physiologie* », un souhait d'avoir des connaissances sur la manière « *d'aborder plus les différents maux auxquels on peut être confrontés, comment les prendre en charge en attendant, comment apporter les premières notions de prises en charge aux patientes, déblayer un peu le terrain avec un interrogatoire autour de la sexualité* » aurait permis aux sages-femmes d'avoir plus de ressources. Clémence rappelle aussi qu'il faudrait « *insister sur pendant la grossesse, comment aborder le sujet pendant la grossesse et répondre aux questions* ». Je comprends que peu d'outils et de moyens, spécifiques à la période de gestation, à utiliser dans la pratique quotidienne des sages-femmes sont transmis lors de leur formation initiale.

4.2.8 Un manque d'information sur les besoins des femmes enceintes

La connaissance des besoins des patientes et couples en matière de sexualité gravidique participe à l'abord de la sexualité par les sages-femmes. Hélène dit bien que « *si je me rends compte que les patientes sont vraiment demandeuses et*

éprouvent le besoin d'avoir une information un peu plus importante sur ce sujet-là », sa pratique évoluerait. Géraldine, qui estime aborder rarement la sexualité se demande : « *Est-ce qu'il y aurait un intérêt, probablement ! Mais c'est vrai que je n'ai pas d'idée de comment l'aborder en tant que tel !* ». Emma s'interroge sur le moyen de connaître ce besoin : « *Comment ? Mais je ne m'en rends pas compte, je ne sais pas.* ». Le manque de connaissances dans ce domaine peut expliquer ces questionnements, comme le souligne Emma : « *parce que je pense que l'on est vraiment pas formée dessus* » ou encore Clémence qui dit « *je ne sais pas quelle information je devrais délivrer en systématique sur ça* ».

4.2.9 La rencontre avec les femmes enceintes, un apprentissage continu

Toutefois, Anne insiste sur le fait que « *parler avec les patientes* » participe à la construction de la notion de sexualité. Cette affirmation vient se confirmer par six autres des sages-femmes : Julie et Géraldine soulignent dans les mêmes termes qu'elles vont « *apprendre auprès des patientes* ». Alors qu'uniquement deux des sages-femmes interrogées évoquent les échanges interprofessionnels comme ressource, comme Anne qui « *finalement parle beaucoup avec mes paires* », je comprends que la pratique professionnelle est indissociable à l'apprentissage du concept de la sexualité. Fanny précise que « *dès que j'ai commencé à travailler* », le développement de son savoir s'est accru.

4.3 Développer une pratique adaptée à l'abord de la sexualité

A partir de leurs connaissances en santé génésique et de leurs ressources, les sages-femmes développent une pratique professionnelle. Aussi, il s'agit de comprendre quels en sont les différents aspects : que mettent-elles en place pour aborder ce sujet de l'intime ? Quel moment est le plus adapté pour échanger avec les couples selon elles ?

4.3.1 Une demande anticipée

Savoir aborder la sexualité demande d'identifier les besoins des couples. Conscientes que des questions autour de la sexualité naissent lors de la grossesse, les sages-femmes peuvent anticiper ces demandes. En effet, la majorité des sages-

femmes choisissent d'aborder systématiquement la sexualité au cours de la grossesse, comme l'indique Danielle : « *c'est une question que je pose en systématique à toutes mes patientes.* ». Isabelle confirme aussi en ce sens : « *moi je l'aborde systématiquement, j'essaie de revenir sur toutes mes patientes, mais oui je l'aborde tout le temps un moment donné* ». Karen complète en disant que cela facilite l'abord de la sexualité : « *parce que si tu ne poses pas la question de la sexualité, elle ne vient pas forcément dans la conversation et pendant les échanges, pendant les consultations.* ». L'échange à l'initiative de la sage-femme peut montrer l'intérêt que celle-ci porte à ce sujet.

4.3.2 De multiples moments d'échanges

La sexualité peut être abordée lors de l'anamnèse de la première consultation prénatale, comme le décrit Karen « *je parle des antécédents, je fais leur anamnèse, dans la section gynéco, je leur pose la question de combien de partenaires elles ont, et de comment se passe leur vie sexuelle, est-ce qu'elle est satisfaisante, est-ce qu'elles ont a des douleurs, enfin voilà, elles peuvent à ce moment donné là m'en parler.* ». La santé sexuelle est aussi un sujet lors de l'EPP, lors duquel les femmes enceintes « *en parlent aussi spontanément, parce que l'échange est un petit peu plus long où on aborde un petit peu le vécu de la grossesse* ». Fanny utilise comme « *porte d'entrée, la séance post-partum, donc je vais commencer par tout le post-partum pour la maman et là, je vais parler d'abord de contraception et de sexualité et là donc de sexualité pendant la grossesse* ». Au cours d'une hospitalisation en grossesses pathologiques, Clémence précise que « *parfois en cas de placenta prævia ou de menace d'accouchement prématuré* », des recommandations sur la sexualité sont données aux patientes.

Il existe une variabilité de moments pour en échanger. Il n'y a pas dans la pratique des sages-femmes de moments particuliers pour initier le dialogue sur la sexualité. Toutefois, le suivi de grossesse ainsi que la PNP sont majoritairement propices à la discussion autour de la thématique de la sexualité. Mais, les sages-femmes s'emparent de toute opportunité et renouvèlent ces temps de paroles. Elles y portent donc une attention particulière.

4.3.3 Une adaptation naturelle

Que ça soit lors de l'EPP ou lors des consultations de suivi ou encore lors des séances des PNP, l'adaptation aux femmes et aux couples est une constante de l'abord de la sexualité citée pour quatre d'entre elles. Fanny décrit cette pratique : « *ça dépend ! Je n'ai pas toujours eu de stratégie vraiment ! C'était un petit peu comment est-ce que je ressentais les choses avec la patiente. Et puis, en fait, ça vient surtout naturellement* ». Isabelle déclare que « *c'est au moment où je la sens prête, où je vois que c'est un moment propice pour en parler.* ». On présume donc que l'expérience permet aux sages-femmes de développer une sensibilité et un repérage qui leur permet d'aborder ce sujet au moment qui leur paraît approprié.

4.3.4 Une adaptation pour une disponibilité d'écoute

Au-delà de cette adaptation, réside un élément indispensable pour aborder la sexualité : la disponibilité. Pour la majorité des maïeuticiennes, ce qui peut faciliter l'échange c'est le « *temps, c'est-à-dire de prendre le temps qu'elles puissent en parler !* » comme le souligne Karen. Géraldine précise que « *c'est hyper important qu'elle sent bien que tu sois là pour l'écouter* ». On présume que l'organisation de l'activité peut contraindre les sages-femmes à s'adapter et que la contrainte temporelle est une limite.

Cela est affirmé pour cinq d'entre elles, le manque de temps altère l'échange sur la sexualité. Anne précise que dans le secteur hospitalier : « *t'as pas le temps en fait, tu vois, tu as le travail à la chaîne ; il faut tout le temps être speed, et tu n'as pas un moment où tu te poses comme ça* ». Clémence décrit que l'un des freins à aborder ce sujet est « *ne pas avoir le temps de le faire, enfin ça c'est toujours l'éternel problème* ». Cela vient supposer que l'abord de la sexualité est dépendant du temps accordé à cette thématique. Le mode d'exercice de la sage-femme peut être un facteur limitant. Une adaptation de la sage-femme à ces conditions est nécessaire pour être dans l'écoute nécessaire.

4.3.5 La régularité de l'accompagnement au bénéfice de la confiance

Pour pallier aux contraintes, l'un des piliers de leur stratégie d'abord résiderait dans un suivi régulier. La quasi-totalité des sages-femmes en évoque l'importance pour établir un lien de confiance. Anne déclare ceci : « *tu peux la revoir régulièrement,*

il y a eu un lien de confiance qui se crée, c'est plus simple. ». Isabelle illustre aussi ce propos : « *Plus je les suis, plus j'apprends à les connaître aussi : la relation de confiance, je pense que c'est le principal* ». Clémence vient affirmer qu' « *il y a vraiment une relation un peu plus intime pour aborder ce sujet, que ça soit toujours la même sage-femme, elles sont peut-être plus à l'aise* ». La continuité d'un accompagnement par le même professionnel se révèle être majeure pour initier le dialogue sur la sexualité. La connaissance de cet enjeu par les sages-femmes facilite la création de cette confiance, clé de l'abord de la sexualité.

4.3.6 Une qualité d'écoute

Une régularité ne suffit pas pour instaurer un lien de confiance avec les couples. Des compétences relationnelles sont au cœur de cette relation : Pour Béatrice, « *il faut savoir instaurer un climat, qui va permettre d'accueillir ce sujet, un climat bienveillant* ». « *Etre un minim' dans l'empathie, et dans la bienveillance* » est l'une des habiletés professionnelles permettant un abord de la sexualité selon Julie, comme pour deux autres d'entre elles. Danielle précise « *il faut créer un climat où on est en capacité d'écouter mais surtout d'entendre ce qu'elles nous disent* ». Fanny confirme ces propos en disant qu'il est « *important de savoir être à l'écoute, entendre vraiment ce qu'elle a à dire sur le sujet* ». Karen illustre aussi l'attitude d'écoute en soulignant qu'elle est « *avec cette posture-là d'écoute, attentive, active : je pose des questions, je fais reformuler* ». Savoir écouter, être avec les émotions de l'autre, reformuler les propos impactent la confiance qu'accordent les couples aux sages-femmes. La confiance acquise, les sages-femmes seraient donc disposées à identifier les inquiétudes et les difficultés en matière de sexualité concernant les couples.

4.3.7 Une liberté de paroles suggérée

Dans leur pratique, les sages-femmes développent une stratégie d'échange permettant une diversité de réponses. Comme l'explique Fanny, « *au début c'est par une question ouverte : « est-ce qu'il y a quelque chose dont vous avez envie de me faire part »* ». Géraldine souligne qu'elle « *pose des questions* » et qu'elle « *essaie de rester la plus ouverte possible pour pas les fermer* ». Poser des questions ouvertes permet de ne pas diriger les réponses. Cela peut sous-entendre que la sage-femme développe la compétence de conduite d'entretien d'aide.

4.3.8 Une posture de non jugement

En effet, plus de la moitié des sages-femmes déclarent que l'attitude de non-jugement facilite à échanger sur la sexualité. Géraldine explique « *qu'on retrouve encore trop de jugements sur tout ce qui est sexualité.* », que porter un jugement sur leurs questions et leurs pratiques ferme la discussion. Hélène décrit qu'il est important de « *pouvoir montrer que l'on peut parler de tout* ». Isabelle insiste alors sur sa posture : « *en consultation, je prends toujours le temps de leur dire « comment ça va ? » de clairement poser la question en les regardant droit dans les yeux* ». S'y joue l'authenticité entre la sage-femme et la patiente, comme le souligne Karen « *Et avec la sincérité ! Il faut être sincère !* ». La considération de l'autre sans a priori et l'authenticité sont des fondements de la relation de confiance. Emma explique « *qu'elles (les patientes) ne voient pas que dans le regard le jugement, parce que ça, ça va tout de suite braquer* ». L'attitude de la sage-femme de non-jugement se transmet donc autrement que dans les propos. Dans la pratique, la sage-femme se doit aussi d'avoir une vigilance sur la posture qu'elle tient.

4.3.9 Une attention au langage para-verbal

Certaines sages-femmes adaptent leur langage para-verbal, conscientes de l'importance que celui-ci peut avoir dans une communication sur un sujet décrit comme tabou. Fanny dit qu'elle « *essaie d'avoir un ton naturel, comme lorsque je demande autre chose* ». Karen déclare que tout cela se joue « *en faisant reformuler, en posant des questions et en ayant pas ce truc-là « il faut » ou « tu devrais ».* C'est tournure de phrase en fait ! Dans l'intonation de la voix ! ». Isabelle explique que l'abord doit être « *fluide par rapport aux questions qui viennent avant, comme n'importe quelle autre question* ». La manière de s'exprimer en tant que professionnelle va influencer la qualité de l'échange. Initier un dialogue se réalise en portant une attention à son langage para-verbal. Les sages-femmes peuvent s'interroger sur leur pratique, lorsque ce langage n'est pas adéquat.

4.3.10 Une aide par le matériel

Deux des sages-femmes choisissent, comme le décrit Emma « *de montrer des planches du périnée pour montrer où était le clitoris, parce qu'il y a des femmes qui ne savaient pas où c'était.* » Ces deux professionnelles informent les patientes en utilisant des outils : Isabelle explique qu'« *on fait le petit point anatomie, hop, je prends le bassin*

alors moi j'ai tout en 3D, j'ai un bassin, j'ai un placenta ». Cela participe à l'appropriation du corps de la femme, ainsi qu'à rassurer les parents dans leurs pratiques sexuelles. Les sages-femmes utilisent ces ressources pour s'adapter aux couples, qui peuvent avoir besoin d'une visualisation du corps féminin.

Pour résumer, la majorité des sages-femmes choisit, comme mode d'approche, de poser systématiquement la question autour de la sexualité. L'ensemble des professionnelles interrogées s'efforcent d'établir une relation de confiance avec les femmes et les couples, par leur écoute active, attitude de non jugement, empathie, bienveillance. Certaines évoquent l'attention accordée à la manière dont est introduit le sujet (questions ouvertes, langage non verbal). Elles s'adaptent aux couples pour trouver le moment le plus propice, tout en tenant en compte leur temps imparti.

Parallèlement à ces stratégies, les sages-femmes développent un contenu dans l'échange. Leurs raisons d'aborder la sexualité constituent le fond de cette approche.

4.3.11 Une approche vers le bien-être sexuel

Pour neuf de ces sages-femmes, il est important de rassurer et de déconstruire les fausses-croyances des couples, notamment de « *savoir si ça ne va pas faire mal au bébé* » tel qu'expliqué par Anne. Comme la majeure partie des sages-femmes, Géraldine les informe qu' « *en termes de libido, tout le monde ne réagit pas* » de la même façon, elle précise « *certaines ça ne changera rien, d'autres au contraire, elles n'auront plus envie du tout* ». Fanny réduit la croyance de l'impossible sexualité gravidique et développe l'approche d'une appropriation du corps gestant : « *il y en a déjà qui se pose cette question-là pour commencer : le fait que l'on peut toujours avoir une sexualité, en se réinventant, en changeant de positions* ». Comme l'indique Isabelle, il s'agit d'informer et de rassurer la patiente pour « *qu'elle soit épanouie dans sa sexualité* ». La recherche d'un bien-être sexuel lors de la grossesse chez les couples motive les sages-femmes à initier le dialogue. La représentation chez les couples de la sexualité ainsi que leurs connaissances en la matière influencent sur cette approche pour aborder ce sujet.

4.3.12 Une considération de la femme dans sa globalité

Pour deux des sages-femmes, elles déclarent avoir une approche dans la globalité de la personne. Elles intègrent cette question de la sexualité, comme Karen le décrit en prenant « *vraiment le temps de parler de sa vie émotionnelle, de son travail* ». Isabelle précise que l'état moral de la patiente est « *la question qui est essentielle* ». Elle s'intéresse toujours au « *contexte actuel de la grossesse, si c'est une grossesse désirée, comment ça se passe dans le couple, comment ça se passe à la maison* ». Différents éléments peuvent influencer la qualité de vie sexuelle, notamment lors cette période de transition physico-psychique. Les sages-femmes en ont connaissance et adaptent leurs pratiques sans négliger ces éléments.

4.3.13 Dépister et prévenir des violences

De plus, la sexualité ne se limite pas à la notion de bien-être. Evoquer la sexualité lors de la grossesse permet pour quatre des sages-femmes interrogées de dépister des violences et de rappeler la notion du consentement.

Danielle évoque « *parler, si éventuellement les rapports sont consentis ou pas, s'il y a des douleurs, si c'est des douleurs d'intromission, liées à des sécheresses, des choses comme ça, et de mettre un pied aussi dans les violences sexuelles* ». Julie utilise l'abord des violences car selon elle, cela « *permet vraiment de savoir qu'elles peuvent me parler, mais pas forcément du coup tout le temps de la sexualité, mais c'est vraiment cette idée de « vous avez le droit de me parler de ce que vous voulez, je serai capable de l'entendre ! », essayer de casser un peu ce tabou autour des violences* ». On comprend que derrière la question de la sexualité, il y a un enjeu de dépistage.

Géraldine précise qu'«*avec des patientes chez qui on sent qu'il y a des antécédents de violences ou quelque chose, ça m'est déjà arrivé de faire le point sur le consentement* ». Fanny insiste que « *l'histoire aussi du consentement !* » est aussi abordé sur la question de la sexualité : elle dit qu'elle leurs transmet que « *le consentement n'est pas une option, que ce n'est pas parce que c'est son mari qu'il a le droit de tout faire* ».

L'abord de la sexualité peut révéler d'autres aspects : une maîtrise de la prise en charge et l'orientation des patientes, victimes de violences, fait aussi partie des compétences développées par la sage-femme. Prévenir ces violences, en rappelant aux femmes leurs droits, est aussi une des missions de la sage-femme.

4.3.14 Le tabou de la sexualité : frein et motivation de l'abord

« *Lever ce tabou comme je te disais, leur dire qu'elles ont le droit d'en parler, leur dire que c'est normal, que c'est naturel* » comme déclare Fanny est l'une motivation de l'abord pour cinq des sages-femmes interrogées. Pourtant, huit de ces professionnelles pointent que ce thème est lui-même un frein. Ce tabou peut être présent autant chez les professionnels de santé que chez les couples accompagnés.

Béatrice illustre cela par le malaise du professionnel pouvant amener celui-ci à « *ne pas l'aborder, qu'il le (le sujet de la sexualité) néglige un petit peu, ou qu'il se dise "qu'est-ce que je vais bien pouvoir faire avec"* ». Questionner sur la sexualité et le bien-être sexuel peut être assimilé à une intrusion dans l'intimité : Clémence dit que « *c'est (la sexualité) du domaine de l'intime et il y a certaines patientes qui ne sont pas à l'aise avec cela, ou sages-femmes* ». Fanny insiste sur le fait que « *c'est encore quelque chose qui est assez tabou, qu'il y a beaucoup de femmes qui ont des soucis autour de la sexualité que ça soit en grossesse ou en dehors* ». Julie confirme ces propos : « *la sexualité reste encore tabou, (rires) enfin les pratiques sexuelles, je dirais qui ne sont pas majoritaires au cours de la grossesse, ça reste encore un petit peu compliqué* ». A travers les silences et les rires occasionnés par la thématique principale du mémoire, on peut penser que les sages-femmes se trouvent en difficulté à initier cet échange et à accompagner les couples, troublés ou mal à l'aise.

Géraldine complète en disant que « *pendant longtemps la sexualité était plutôt tabou, invisibilisée etc etc, est-ce qu'en plus, lorsque tu arrives sur une grossesse où la femme passe au statut de mère, tu, inconsciemment invisibilise, rends ça (la sexualité) encore plus invisible !* ». Les représentations de la femme gestante, en plein processus de maternité, influenceraient les professionnels de santé. Développer une sensibilité sur le conditionnement de nos représentations sur la femme et la mère, voire du couple amant et du couple parental peut aider à lever les craintes à aborder la sexualité.

4.4 Se sentir en compétence pour accompagner les couples dans leur sexualité pendant la grossesse

Le sentiment d'efficacité personnelle des sages-femmes reste subjectif. Pourtant, différents moyens permettent de mesurer ce sentiment.

4.4.1 De l'étonnement à un espace de liberté de paroles chez les patientes

Lorsque les sages-femmes abordent la sexualité avec les femmes et les couples, elles peuvent estimer le succès ou l'échec de leur pratique. La question de la sexualité lors de la grossesse est, pour la majorité d'entre elles, abordée de manière systématique. Pourtant, il persiste un état de surprise de ces interlocuteurs comme l'illustre Isabelle « *Les patientes ne s'y attendent pas. J'ai souvent ce retour des patientes qui me disent " je ne pensais pas que l'on allait parler de tout cela"* ». On serait tenté de croire que l'aspect tabou de la sexualité persiste, notamment lors de la grossesse. Ou est-ce lié à un manque d'informations sur les enjeux de l'accompagnement de la grossesse ?

Toutefois, cela ne restreint pas les sages-femmes à poursuivre cette pratique. Les demandes spontanées des patientes seraient le reflet de la réussite de leur pratique. Les questions sur la sexualité gravidique ou sur les pratiques sexuelles confirmeraient en ce sens : Danielle déclare que « *parler de pratiques très tabous dans la société et de voir qu'on peut en parler librement sans jugement* » l'encourage à ne pas cesser d'aborder la sexualité dans cette période de gestation. Géraldine souligne que la satisfaction de sa pratique se mesure aussi par la prise de paroles des femmes sur ce sujet de l'intime : « *Elles (les patientes) te parlent un petit peu de leur intimité, elles abordent ce genre de choses avec toi* ». On présume que les patientes sont réceptives à l'attention accordée par la sage-femme sur cet aspect de leur santé. Un espace d'écoute et d'échange s'installe au cours de la grossesse entre la sage-femme et ses patientes et couples, promouvant le sentiment d'efficacité des sages-femmes dans leur pratique.

4.4.2 L'enjeu des expériences auprès de leurs futurs pairs

Lors de leurs stages de formation initiale, la question autour de la sexualité gravidique a pu être exceptionnellement observée pour la majorité des sages-femmes : Géraldine dit qu'elle n'a « *jamais vu de sage-femme lancer spécifiquement un sujet sexualité* ». Julie précise aussi que « *sur tous les professionnels de santé que j'ai pu rencontrer ça (la sexualité pendant la grossesse) n'a pas été abordé de manière systématique et c'est ce qui fait que je pense, je n'aborde pas de manière systématique non plus* ».

Pour autant, il est important de valoriser les rares expériences de stages où la sexualité de manière générale est un sujet. Fanny indique que « *lorsque j'étais en stage à la maternité, je suis tombée sur des sages-femmes qui l'abordaient facilement. Je suis retournée aussi au moins deux fois au service d'orthogénie, donc on a pu parler beaucoup de sexualité et en fait, tout ça, ça a fait que j'ai été plus à l'aise, parce que je l'ai vu faire, c'était assez naturel aussi* ». Multiplier les lieux de stages, où la sexualité est abordée, a participé au développement des compétences, comme Julie qui a « *eu l'occasion de faire un stage en Protection Maternelle et Infantile au cours de mes études et j'ai fait un stage en Centre de Planification Education et Familiale.* »,

Ces expériences dites vicariantes sont déterminantes dans l'acquisition de compétences. Les pratiques des professionnels rencontrés en stage influencent et renforcent le sentiment de légitimité d'aborder la sexualité.

4.4.3 L'évidente persuasion verbale des patientes

Ce sentiment de capacité à aborder la sexualité se renforce aussi par le phénomène de persuasion verbale. En effet, je retiens que l'efficacité ressentie s'apprécie pour certaines sages-femmes par les remerciements des patientes. Danielle l'énonce d'emblée : « *par les remerciements des patientes, oui c'est souvent oui !* ». Julie viendra illustrer ce sentiment d'efficacité par la satisfaction de sa patientèle, qui avait rencontré des difficultés : « *parce qu'elle est hyper fière d'avoir pu accoucher par voie basse, qui finalement me remercie beaucoup* ». Le retour des patientes encourage les sages-femmes à maintenir leur pratique de l'abord de la sexualité pendant la grossesse. Fanny l'explique « *qu'il y avait plein de choses qu'elle n'avait pas forcément saisi du fonctionnement de tout ça et elle était contente de*

savoir, c'est aussi ce genre de patientes qui me convainc à chaque fois qu'il faut en parler !». Julie précise que les patientes « viennent de plus en plus me parler de choses personnelles profondes au fur et à mesure de la construction de la relation ».

La reconnaissance des patientes renforce le sentiment d'efficacité des sages-femmes. Un autre élément déterminant est l'état émotionnel de la sage-femme : comment se sent-elle à l'abord de la sexualité ? Quelle réaction a-t-elle lorsqu'une patiente ou le couple pose une question autour de la sexualité gravidique ?

4.4.4 Une aisance commune d'aborder la sexualité

Toutes les sages-femmes interrogées déclarent être à l'aise avec le sujet : Fanny dit que « Je ne me sens pas non plus gênée, c'est comme si elle m'avait demandé un autre truc sur sa grossesse ». Hélène confirme cela : « je n'ai pas l'impression de me sentir en difficulté, je me sens plutôt à l'aise ! ». Isabelle illustre l'importance de l'enjeu de ce sentiment : « il faut que je montre que je suis à l'aise avec ça, sinon (silence), si aux sages-femmes, on ne peut pas en parler, alors à personne on ne peut en parler j'ai envie de te dire ! ».

4.4.5 Le développement de l'aisance à échanger

Un lien entre l'expérience et le développement de ce sentiment a été mis en lumière : Emma indique que bien que « c'est une petite expérience mais une fois qu'on est plus à l'aise (hésitation) parce que c'est vrai au début on est plus sur l'examen clinique, ça nous stresse l'examen clinique ! ». L'état émotionnel est donc influencé par l'expérience de la sage-femme.

Un autre élément qui peut participer au fait d'être plus ou moins à l'aise avec les patientes est l'interaction avec le couple comme le témoigne Géraldine : « je pense que le sentiment, que tu peux avoir lorsque tu en discutes, dépend vraiment des gens que tu as en face de toi et de la manière dont ils t'en parlent et tu vois aussi, au niveau du langage corporel ! » Elle précise que « ça dépend des couples : pour certaines c'est comme si tu discutais d'autre chose, ça vient très naturellement, même les conjoints aussi, tu sens que tout le monde est hyper détendu sur le sujet, et toi aussi finalement ! Et pour d'autres, finalement, tu sens que c'est un peu plus crispant ». Emma dit bien

que « *c'est avec le temps, on est un peu à l'aise et on sait un peu plus, et à force d'avoir vu des réactions, on sait adapter notre discours* »

Se sentir en compétence s'acquiert et évolue avec le temps, les expériences et peut être influencé par les réactions des femmes enceintes et leurs partenaires. Ne pouvant agir sur l'expérience, l'aspect relationnel de l'abord de la sexualité pourrait être un enjeu dans la pratique de sages-femmes (le langage non verbal, les termes à employer ...).

Etre à l'aise avec ce sujet de l'intime est une notion personnelle, requise pour chaque sage-femme. Pourtant, à la question « comment vous sentez-vous à l'abord de la sexualité ? », la majorité des sages-femmes évoque avoir une attitude particulière.

4.4.6 Avoir une posture professionnelle

Tout d'abord, elles cultivent aussi une attitude professionnelle en laissant de côté leurs propres émotions. Elles se concentrent sur le contenu de la question de la patiente ou du couple jusqu'à dépister des formes de violences. Elles ne se laissent pas déborder par des difficultés ressenties illustrées par Béatrice comme le manque de connaissances « *la première chose qui me vient à l'esprit est quand même cette petite appréhension à laquelle je peux être confrontée à des problèmes liés à cela, en sachant que je ne vais pas trop savoir quoi en faire car je ne suis pas assez formée* », ou par le dépassement de leurs compétences où la réorientation est requise, tel que Héléne l'explique : « *quand c'est des problématiques plus complexes, là je redirige* ». Un effet de surprise peut être ressenti que Clémence souligne : « *ça m'a juste surprise parce que ce n'est pas fréquent et (silence) ça ne m'a pas gênée finalement.* »

L'ensemble des sages-femmes souligne le caractère neutre de leur réaction à l'abord de la sexualité par les patientes et les couples : Julie dit « *je reste totalement neutre, mon rôle est de l'accompagnement, ce n'est pas du jugement !* ». Danielle indique l'importance d'avoir une attitude professionnelle : « *une réaction professionnelle où je ne vais pas émettre de jugement, je ne vais pas être contente ou je ne vais pas être dégoûtée* ». Isabelle revient sur l'attitude à adopter lors d'une

sollicitation d'une patiente : « *j'essaie de plutôt me dire « quelle est la question de la patiente et qu'est-ce que je peux apporter comme réponse, moi, dans ma position de professionnelle pour y répondre au mieux ? »*, en ayant une vigilance sur l'existence d'une forme de violence : « *j'essaie de voir qu'est ce qui se cache derrière aussi, parfois, alors j'ai aussi été formée aux violences et tout donc, à ce moment donné j'ai plein de warning qui s'allument, est-ce que c'est un signe »* ».

Etre à l'aise dans l'abord de la sexualité associée à développer une posture professionnelle permettrait d'avoir un état émotionnel contributif au sentiment « pouvoir faire ». Pourtant lorsque la question de l'autosatisfaction de leur pratique leurs est posée, leurs réponses sont variables.

4.4.7 Un sentiment d'autosatisfaction individuel

La moitié considère que leur pratique n'est peu voire pas satisfaisante. Clémence et Hélène qui estiment peu voire ne pas aborder systématiquement la question de la sexualité, soulignent que « *cela est difficile à évaluer* » Emma précise que le manque de connaissances en santé gésésique est l'une des raisons pour laquelle elle n'est pas satisfaite de sa pratique : « *je pense que l'on est vraiment pas formée dessus, enfin que l'on est un peu lâchée comme ça* ». Fanny viendra aussi confirmer ce sentiment, en précisant l'importance d'enrichir ces connaissances : « *Je pense qu'il faut que je continue à me former sur le sujet* ».

La seconde moitié estime leur pratique satisfaisante notamment comme le souligne Géraldine : « *avec la formation que j'ai reçue et avec la pratique que j'ai actuellement, ça me paraît satisfaisant !* ». Karen va aussi dans ce sens : « *je considère effectivement sur toutes les connaissances que j'ai actuellement, que j'ai la sensation que oui, la pratique est satisfaisante !* ».

Ce sentiment d'efficacité est individuel : chaque personne évalue sa pratique en fonction de ses critères. Que leur pratique soit satisfaisante ou non, toutes les sages-femmes l'évaluent en fonction de leurs connaissances. Cela souligne la place importante qu'occupent les savoirs initiaux pour ces sages-femmes néo-diplômées.

V. Discussion : les premiers éléments

Afin de pouvoir discuter sur l'interprétation des résultats, il me semble important d'apporter une critique des forces et des limites de cette étude.

5.1 Les forces et les limites de l'étude

5.1.1 Ses points forts

L'enjeu de la santé sexuelle des femmes

De réels besoins en santé sexuelle s'expriment à travers l'émergence de programmes nationaux : une stratégie nationale de santé sexuelle propose des axes d'action visant à promouvoir le bien-être sexuel (2017-2030)(15). De plus, comme le souligne le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes, la santé génésique des femmes se dégrade (36). L'enjeu de la santé sexuelle des femmes est un sujet d'actualité.

Peu d'études concernant les sages-femmes récemment diplômées

Les études qualitatives se sont essentiellement intéressées au vécu des couples dans leur sexualité, à l'information reçue lors de la grossesse par les couples, ou encore à l'abord de la sexualité par d'autres praticiens. « *Favoriser le dialogue autour de la sexualité et pouvoir répondre ou orienter en cas de plaintes* » (37) est la mission confiée aux sages-femmes. S'interroger sur le point de vue des sages-femmes récemment diplômées et sur leurs compétences en matière de santé génésique peut faire émerger des solutions pour renforcer la formation des professionnels et, *in fine*, améliorer le bien-être sexuel des patientes et des couples (15).

Une diversité géographique de lieux de formation

Les professionnelles interrogées étaient diplômées d'écoles de sages-femmes différentes, sauf pour deux d'entre elles. La diversité des différentes années de formation et des différentes formes d'enseignements initiaux a permis d'obtenir une hétérogénéité de résultats. Ceci est indispensable pour avoir une meilleure représentativité de la formation initiale en sexualité humaine.

Une étude qualitative : la richesse des échanges

Une enquête de 2021 quantifiait le niveau de connaissances auprès de 112 sages-femmes et leurs besoins en santé sexuelle : 100 % d'entre elles déclaraient qu'il y avait un manque dans les savoirs pour répondre « à la plainte sexuelle »(13). Aussi, mon travail qualitatif met en lumière sur les compétences acquises ou nécessaires pour aborder la sexualité. Ces entretiens semi-directifs avec les sages-femmes ont apporté une liberté de paroles, notamment sur le sentiment d'efficacité personnelle. Cela s'est fait ressentir dans la qualité des résultats obtenus.

5.1.2 Ses biais

L'intérêt fort pour le thème du mémoire

Les sages-femmes abordant la sexualité pendant la grossesse portent un intérêt à accompagner les femmes dans leur santé et à permettre aux couples de s'épanouir dans leur sexualité. Cela influence leurs compétences en matière de sexualité ainsi que leur aisance à échanger sur cette thématique. Pour autant l'objectif de l'étude est d'identifier et de comprendre ce propos. Ce biais de sélection a été limité par la multitude des entretiens et par les entretiens menés avec des sages-femmes qui estiment ne pas aborder ou rarement parler de sexualité pendant la grossesse avec les couples.

La forte représentation des sages-libérales

La part des sages-femmes libérales était prédominante. En effet, l'abord de la sexualité serait facilité par une disponibilité de temps et la régularité des interventions lors de la grossesse, ce dont disposerait la majorité des sages-femmes en milieu libéral. Il serait intéressant d'enquêter davantage auprès des sages-femmes qui travaillent en structure hospitalière ou en PMI. Cela apporterait une représentation plus constante des compétences des sages-femmes en matière de santé gynécologique. De plus, cela permettrait d'identifier les conditions et les moyens qui favorisent ou non l'abord de la sexualité avec les couples.

La mémorisation

Interroger ce public sur le ressenti des connaissances et des expériences acquises lors de la formation initiale demande un effort de mémoire. Aussi, j'ai choisi

de recruter les sages-femmes diplômées dans les cinq dernières années et toutes ces sages-femmes avaient obtenu leur diplôme depuis au moins 2018.

5.2 Synthèse des résultats

5.2.1 Résultats au regard de la littérature

La représentation pluridimensionnelle de la sexualité

Le terme « sexualité » étant parfois difficile à caractériser, l'ensemble des sages-femmes est unanime sur l'aspect global et pluridimensionnel dont l'OMS fait référence dans sa définition (38). Dans la littérature, la sexualité est qualifiée de « *polymorphe, comme étant une donnée psycho-socio-affective individuelle, voire personnelle, intime ou privée et en même temps interpersonnelle et collective* »(39). Les sages-femmes interrogées insistent sur cette composante personnelle : la sexualité appartient à chacun et se constitue individuellement. Le psychologue et sexologue clinicien J-Y DESJARDINS explique, par son approche du sexocorporel, que l'histoire de notre sexualité débute dès l'enfance : l'éducation familiale socio-culturelle influence notre construction de la sexualité. Il précise aussi que « *les systèmes de pensée sont dictés et évolutifs en fonction de nos croyances et des jugements* » (40).

De plus, les témoignages des sages-femmes suivent l'évolution sociétale de la place de la sexualité (3) : elles associent la sexualité à l'acte sexuel mais aussi aux aspects émotionnels et psychologiques (désir, plaisir...). J-Y DESJARDINS assoit cette notion : la sexualité est en lien avec le corps physique et avec les perceptions émotionnelles (40). On reconnaît à travers les propos des sages-femmes la représentation de cet état de bien-être. L'épanouissement personnel à travers sa sexualité est recherché (41).

La place de l'intimité dans la sexualité

Pour la majorité des sages-femmes enquêtées, la notion de l'intimité a une place prédominante dans la représentation de la sexualité. Ayant comme étymologie latine "le plus intérieur", le terme « intimité » est apparu selon le sociologue F. DE SINGLY lors de la création de la famille nucléaire, au XVIIIème siècle (42). La famille a été et est le berceau de ce qui relève de la sphère du privé. Comme la sexualité, le

concept a évolué au gré des siècles : il est décrit comme « *“le lieu” physique ou psychique où la capacité de chaque individu à investir son corps comme sien s’exprime* » (43). S’y joue alors la constitution identitaire au sein de l’intimité. Comme le rappelle ce même auteur, elle est dépendante des cultures, des croyances, et est donc liée aux tabous qui, eux, relèvent du social et du symbolique (43). J’en déduis les similitudes entre la sexualité et l’intimité.

La formation initiale, un apport enrichissant en santé génésique

Ces différentes approches de la sexualité sont transmises lors de la formation initiale, ce dont soulignent les sages-femmes. Ressource principale de construction de leur représentation du concept de la sexualité, leurs enseignements en santé génésique en France sont divers, uniquement sous la forme magistrale : l’aspect psychologique y est développé autant que celui médical de la sexualité. Une liberté de la forme d’enseignement est laissée comme pour les médecins gynécologues ou gynécologues obstétriciens (44). Les sages-femmes formées en Belgique, interrogées au cours de cette étude, ont reçu un enseignement soit par débats après des partiels ou par des analyses cinématographiques, soit grâce à la lecture d’un ouvrage de 400 pages sans intervenant. Cette source de savoirs leur a été aussi déterminante dans le parcours professionnel. Léa souligne que « *c’était bien large et ça a vachement aussi impacté ma vision de la chose et ma pratique* ».

Un manque de connaissances sur les besoins des femmes enceintes

Pour autant, toutes les sages-femmes de cette étude soulignent un manque de connaissances spécifiques en matière de sexualité, ce que déclarent d’autres professions du corpus médical (médecins gynécologues, gynécologues obstétriciens, sages-femmes) (18,44,45). Un besoin d’apport de connaissances sur la sexualité gravidique est exprimé dans mon étude, ce qui est partagé dans une étude de 2021, auprès de 112 sages-femmes (13) .

De plus, quelques sages-femmes de l’étude s’interrogent sur l’intérêt d’aborder la sexualité pendant la grossesse, témoin d’un manque de connaissances sur les besoins des patientes et des couples, alors que ces derniers sont décrits dans de nombreuses littératures (7,32,46–48). Pour aborder la sexualité, cela nécessite de connaître les besoins d’un public. La connaissance est indispensable pour le

développement d'un « savoir agir » (21,23). La formation initiale a toute sa place dans la sensibilisation de futures sages-femmes sur la demande explicite des femmes enceintes et couples.

La littérature personnelle et l'expérience pour y pallier

La majorité des sages-femmes néo-diplômées enrichissent leurs savoirs par les apports personnels, grâce à la littérature. Parallèlement, huit des sages-femmes soulignent que les échanges avec leur patientèle constituent une ressource. Les recherches personnelles et l'expérience participent donc à la constitution d'un socle de savoirs comme pour les gynécologues, les médecins, les sages-femmes, les sexologues interrogés dans d'autres mémoires (18,49). Toutefois, pour certains professionnels médicaux, il s'agit de pallier au manque de formation en sexologie au cours du cursus universitaire en « *apprenant à faire avec les moyens du bord* » (44). Cela est révélateur d'un besoin des professionnels de santé.

Un abord de la sexualité systématique

Malgré ce sentiment de carences théoriques, comment mettent-elles en pratique cet abord de la sexualité avec les femmes enceintes et les couples ? Par la mobilisation de leur savoir, la majorité des sages-femmes anticipent le besoin des femmes enceintes en laissant une porte d'entrée : des questions autour de la sexualité sont systématiquement posées. Dans une étude auprès des infirmières, elles privilégient aussi cet abord en « *tendant des perches* » (50). Si dans la période du post-partum, le caractère systématique de l'abord de la sexualité est promu par les sexologues (17), initier cette parole dès cette transition vers la parentalité permettrait d'appréhender ces changements dans leur sexualité (2). Il s'agit d'autant une demande explicite des femmes enceintes (6).

De multiples moments propices à l'échange

Toutefois, le moment de l'abord n'est pas nécessairement déterminé : les sages-femmes enquêtées s'adaptent à la situation et repèrent le moment le plus opportun pour aborder la sexualité pendant la grossesse, tout comme les sages-femmes d'une autre étude (1). Les recommandations de la HAS affirment que les séances de PNP, comme l'EPP, sont le lieu privilégié pour aborder la sexualité et l'étude de I. QUEYRENS en souligne l'importance (51,52). Dans des études, les

patientes expriment le souhait d'évoquer la sexualité à tout moment (en pré ou post-partum)(6,17,46). Le gynécologue, sexologue et sexothérapeute, P. LEUILLET propose de « *laisser libre cours à la parole au travers des entretiens pour mieux dédramatiser et sécuriser* » les couples dans leur sexualité (33). Les lieux de consultations, où le secret professionnel préside, sont propices à partager l'intimité, notamment ce qui est en lien avec la sexualité (42,44,45). Pour ce faire, les sages-femmes néo-diplômées développent une attitude et des techniques améliorant la liberté de parole.

La construction de la relation de confiance

Les sages-femmes interrogées mettent en œuvre un climat de confiance. Celui-ci s'installe grâce à la régularité de l'accompagnement réalisé par la même sage-femme, comme il est constaté dans la période du post-partum lors d'une étude (53). En effet, l'OMS a établi « une Communication Brève relative en Sexualité » qui souligne le caractère continu nécessaire pour établir ce lien de confiance (54).

Ainsi, une relation de confiance s'instaure au fur et à mesure des consultations et/ou des séances. Le terme « relation » venant du latin, « *récit, narration* », rappelle la dimension du discours dans l'échange (55). J'y saisi alors le développement de la compétence, comme le soulignent les sages-femmes, à adopter notamment une écoute active.

Les techniques développées de l'écoute active

Composante de la relation d'aide (23,56,57), l'écoute active pratiquée par les sages-femmes interrogées se décline par différentes stratégies. Elles abordent la sexualité par des questions ouvertes, tout en reformulant les propos de leurs patientes et des couples, méthodes explicites dans la Communication Brève relative à la sexualité de l'OMS (54). Les questions ouvertes permettent d'accueillir les mots/les maux de la patiente sans influence du professionnel. Associée à la reformulation, cette technique vient à « *explorer les émotions, les comportements, les valeurs* » de la personne sans aucune interprétation. Les effets de cette attitude créent un effet sécurisant. En reprenant les propos par « *si j'ai bien compris* », cela participe en recentrer le discours du patient jusqu'à identifier ses émotions (56). Docteur SAPIN, médecin sexologue, décrit que « *poser la question revient à ouvrir une porte*

permettant aux femmes de s'interroger, de décider si cela fait problème, et peut-être se libérer en partie » (40). Alors, cela permet à la patiente d'être écoutée et entendue jusqu'à libérer sa parole sur une thématique personnelle, réservée à l'intime.

L'empathie dans l'abord de la sexualité

Les sages-femmes accordent une attention à être avec les émotions de l'autre. Elles font référence à la notion d'empathie, développée par C. ROGERS. « *Capacité de résonance de l'autre en nous* », C. ROGERS explique que l'empathie est « *percevoir le monde subjectif d'autrui "comme si" on était cette personne, sans toutefois jamais perdre de vue qu'il s'agit d'une situation analogue* »(23,56). Au cœur de la relation, guidée par l'intersubjectivité, une compréhension cognitive et émotionnelle de l'autre prend place grâce par la « reconnaissance mutuelle » du point de vue de l'autre et de ses sentiments (58).

Une connaissance de soi pour une authenticité dans la relation

Naturellement, les sages-femmes néo-diplômées développent une compétence relationnelle pour repérer le moment le plus propice à l'abord de la sexualité. Elles développent une sensibilité et se fient à celle-ci. En apprenant à être à l'écoute de leurs émotions, les sages-femmes développent une connaissance de soi, un « outil de professionnalisme » (23). Bien que cette capacité s'affine par les situations rencontrées, elle permet de développer un fondement de la relation d'aide : l'authenticité.

Effectivement, les sages-femmes interrogées soulignent l'importance d'être sincère. C.ROGERS définit cette compétence relationnelle par la congruence. Il s'agit de « *reconnaître et d'accepter ses propres sentiments*”(56). Au cœur de la relation d'aide, se joue une intersubjectivité qui demande au professionnel de s'engager de façon naturelle, en étant celui qui il est (23). Etre dans la congruence participe aussi à créer un lieu sécuritaire pour la patiente (56). Cette authenticité s'exprime à travers le langage para-verbal (23) : les sages-femmes de mon étude en ont saisi toute son importance dans l'abord de la sexualité. Elles sont vigilantes à la manière dont elles s'expriment : ton naturel, fluidité des propos. Cela se poursuit par « *un acquiescement de la tête, la présence du soutien du regard, un "oui" prononcé doucement* ». Cela participe à ce que la femme se sente écoutée, comprise et n'ayant pas peur d'être

jugée (56), ce qui selon les sages-femmes néo-diplômées de l'étude aider « à normaliser la sexualité ».

Le non-jugement au bénéfice de la confiance

Enfin, plus de la moitié des sages-femmes affirment être dans une attitude de non-jugement, pour reprendre les propos de Danielle « *je ne vais pas être contente ou je vais pas être dégoûtée* ». Il y a une distanciation de leurs propres émotions. Il s'agit de l'un des piliers de la relation de confiance. C.ROGERS définit cette posture comme la « *considération positive inconditionnelle : il s'agit de l'acceptation globale de l'autre, même si ce qu'il évoque et réprovoque socialement* »(23). Dans une relation d'aide, un jugement menace la confiance instaurée entre les protagonistes de l'échange (56). Or, la confiance est la clé pour aborder la sexualité (45).

Le développement d'outils matériels pour aborder la sexualité

Au-delà de l'attitude thérapeutique, les sages-femmes néo-diplômées puisent dans d'autres ressources pour aborder la sexualité. Des planches représentant le périnée et des modèles d'anatomie (bassin en 3D) participent à l'appropriation du corps par la femme. Marie, l'une des sages-femmes formées en Belgique, a aussi recours à du matériel, par des cartes-photos développées par une association. Elle les utilise pour initier le dialogue sur le ressenti du vécu sexuel durant la grossesse. Elle précise que cela lui « *permet d'être plus à l'aise en tant que professionnelle* ». Différentes formes d'outils aident les sages-femmes dans l'accompagnement de la sexualité de la femme.

Une disponibilité parfois freinée par le manque de temps

Si les sages-femmes développent des compétences cognitives pour s'adapter aux couples, l'abord de la sexualité dépend de la disponibilité physique et psychique. Celle-ci est liée à l'organisation de leur activité, en milieu libéral ou hospitalier. On retiendra que la contrainte temporelle, en lien avec le mode d'exercice de la professionnelle, reste majoritairement la source de difficulté à l'abord de la sexualité pendant la grossesse, comme pour beaucoup d'autres professionnels (1,18,53).

Le poids du tabou de la sexualité

L'autre difficulté mise en avant par les sages-femmes est la prédominance du tabou autour de la sexualité : elles déclarent pour huit d'entre elles qu'il existe ce frein autant chez elles que chez les couples qu'elles accompagnent. Dans une autre étude, 49,4% des femmes enceintes participant à la PNP n'osaient pas poser de questions concernant la sexualité pendant la grossesse dont 38,5% par pudeur. Ce malaise chez les professionnels médicaux est retrouvé dans la plupart des freins à l'abord de la sexualité (1,18,48). Au cours de mon étude, certaines sages-femmes soulignaient que questionner la santé sexuelle des couples pouvait être synonyme d'intrusion. A travers les termes « *l'interdit transgressé* » ou encore « *ce qu'il est convenu habituellement de ne pas dire* » (59) pour décrire la sexualité gravidique, on y comprend la force des croyances et de la religion. Ceci est aussi retrouvé dans le mémoire de C. FREY : « *éprouver du désir et du plaisir pendant la grossesse peut être difficile à reconnaître, par exemple le fait, dans la moralité chrétienne, que le rapport sexuel ait pour unique but la fécondation, et non le plaisir.* » Malgré les siècles et les programmes à la santé sexuelle, la représentation de la femme gestante asexuée persiste. L'OMS publie que « *la religion, la politique, la dynamique familiale et d'autres facteurs modèlent la pensée et la pratique des prestataires de soins de santé* » (54).

Désacraliser la sexualité pendant la grossesse

S'il est « *difficile de poser des questions quand la sage-femme n'en parle pas* » pour citer une femme enceinte (1), l'énonciation du mot « sexualité » en consultation a été reconnu comme élément facilitant à l'abord, dans des études (44,45). Ainsi, combattre ce tabou et normaliser la sexualité de la femme enceinte est l'une des grandes motivations des sages-femmes néo-diplômées interrogées à aborder la sexualité pendant la grossesse. Les sages-femmes néo-diplômées déclarent s'appuyer sur ce qu'expriment les futurs parents, notamment des fausses-croyances autour de la sexualité pendant la grossesse. Avec eux, elles cherchent à les déconstruire, ainsi qu'à « *les déculpabiliser d'avoir une sexualité évolutive* »(48).. Cette approche est renforcée par de nombreuses études (52,60). Les sages-femmes interrogées ont conscience que ces idées reçues impactent la sexualité des femmes pendant leur grossesse et que la satisfaction sexuelle influence la qualité de vie mentale de femmes (32). Elles développent une approche orientée vers le bien-être sexuel et l'épanouissement personnel. La sage-femme a une place privilégiée comme

le rappellent les recommandations de l'HAS dans la réassurance des couples dans leur sexualité (51). La grossesse étant une période de remaniements, la sage-femme veille à diminuer les inquiétudes et le stress, pouvant altérer le bien-être sexuel des couples (61).

Parler de sexualité dans la globalité ...

De plus, les sages-femmes interrogées soulignent l'importance d'aborder la sexualité par une approche globale, comme le recommande l'OMS (54). La qualité des liens conjugaux, la vie émotionnelle de la patiente et son activité professionnelle sont des éléments à considérer, d'après deux de ces sages-femmes. Comme le déclarent des sexologues : « *Aborder la sexualité, c'est considérer l'intimité de la patiente* » en demandant « *est ce que ça va avec votre conjoint ?* » ou « *est-ce que vous arrivez à vous retrouver, à retrouver une intimité qui vous satisfait ?* » (17).

... jusqu'à dépister et prévenir les violences

La prise en charge de la globalité de la santé de la femme s'étend à sa santé physique, morale et sexuelle. Ainsi, pour quatre sages-femmes, aborder la sexualité leur permet aussi de dépister et de prévenir les violences. En 2019, la HAS a émis des recommandations concernant l'évaluation du risque de violences conjugales lors de la grossesse, considérée comme facteur de vulnérabilité (62). Alors que la grossesse peut être une période déclencheur ou d'aggravation des violences conjugales (63), elle est sujette à un suivi régulier notamment par des sages-femmes qui se doivent de s'assurer de la sécurité des femmes et des enfants à naître. Le rapport des « 1000 premiers jours » propose de mieux protéger les femmes et enfants victimes, en questionnant systématiquement au cours de la grossesse sur l'existence de violences conjugales (64). Si en 2000, dans 3 à 8 % des grossesses, il a été constaté des violences physiques qu'en est-il des autres types de violences ? (65). Dans mon étude, les sages-femmes néo-diplômées repèrent ces violences, particulièrement sexuelles en rappelant l'importance du consentement. La consultation avec les sages-femmes est par les patientes un temps et lieu sécuritaire et sans tabou. La parole peut y être déposée et entendue.

Le niveau de connaissances influençant l'autosatisfaction

Comment les sages-femmes néo-diplômées estiment leur abord de la sexualité avec leur patientèle ? Il existe une parité dans leurs réponses. La première moitié se dit peu voire non satisfaite. Cela s'explique tout d'abord par l'impossible estimation du sentiment de satisfaction chez les professionnelles n'abordant pas ou peu le sujet. La seconde moitié considère leur pratique satisfaisante. L'élément qui justifie ce niveau de satisfaction est en lien avec la qualité de leurs connaissances, qu'elles estiment riches ou appauvries. Cet argument du manque de connaissance sur leur sentiment se retrouve aussi chez les autres professionnels de santé (49,50).

Le sentiment d'efficacité reste individuel. Pourtant la croyance du professionnel dans sa méthode de travail est importante dans la relation à sa patientèle (56).

Aussi, il semble intéressant se pencher sur les différentes composantes du sentiment d'efficacité personnelle, décrites par A.BANDURA (26) pour comprendre le sentiment de compétence des sages-femmes néo-diplômées.

Un sentiment d'efficacité renforcé par la liberté de parole

L'une des sources de sentiment d'auto-efficacité réside dans la réussite ou l'échec de la pratique professionnelle (26). Bien que les patientes et les couples puissent être surpris par l'abord majoritairement systématique de la sexualité par la sage-femme, les professionnelles interrogées déclarent que les futurs parents entreprennent aussi l'échange par des questions sur la sexualité. Cela renforce leur sentiment d'efficacité de leurs pratiques professionnelles dans l'abord de la sexualité.

De l'appréhension à l'aisance à aborder la sexualité

L'état émotionnel et psychologique des sages-femmes impacte aussi ce sentiment d'efficacité. Alors que l'échange avec une patiente peut « *soulever un geyser d'émotions* »(55), les sages-femmes néo-diplômées choisissent d'adopter d'une posture professionnelle, neutre et sans jugement en se centrant sur la personne pour l'enjeu du bien-être sexuel et du dépistage des violences. Elles reconnaissent une appréhension liée au manque de connaissance ou du dépassement de leurs compétences, un étonnement de l'abord spontané des patientes. Pourtant elles déclarent ne pas se laisser déborder par leurs émotions. En effet, toutes les sages-

femmes soulignent une aisance à aborder ce sujet, qui se retrouve chez le corps médical qui aborde la sexualité (13,49).

L'enjeu de leurs observations de pratique en formation initiale

Par ailleurs, le sentiment d'auto-efficacité est influencé par les situations vécues avec le professionnel confirmé (23). En effet, assister à la réussite d'une action par un pair augmente sa croyance dans son efficacité, et inversement en cas d'échec (26). Lorsque les sages-femmes interrogées ont eu l'opportunité de réaliser des stages où la parole était libérée sur la sexualité, elles témoignent que cela leur a appris à être plus à l'aise et à se sentir légitimes pour échanger sur la sexualité. Or, lors de leurs formations initiales, les sages-femmes néo-diplômées ont rarement pu observer les professionnels de santé évoquer le bien-être sexuel ou les modifications psychiques avec les femmes enceintes et les couples. Alors que ces expériences par modelage à l'autre impactent leur sentiment d'auto-efficacité, ce dernier participe au développement de leur professionnalisation et « *favorise des comportements autoformatifs d'acquisition de compétences professionnelles* ». (66). On en comprend alors l'enjeu de l'action conjointe lors de la formation initiale des sages-femmes, particulièrement sur l'abord de la sexualité, thème pouvant générer un malaise chez le professionnel : « le « *faire ensemble* » permet d'accompagner concrètement l'apprenant, en se montrant en action, mais aussi et surtout en dévoilant les soubassements de son action; pensées, savoirs, hésitations, ignorance, maladresse »(23).

Des sages-femmes convaincues par leurs patientes

Enfin, ce sentiment d'efficacité personnelle chez les sages-femmes de cette étude est manifestement renforcé par les remerciements des patientes, la satisfaction de l'apport de connaissances en matière de sexualité pour certaines sages-femmes interrogées : A. BANDURA décrit cela comme étant la persuasion verbale (26). Cette dernière convainc les sages-femmes dans leur pratique et développe cette compétence de « *vouloir agir* ».

5.2.2 Résultats au regard des hypothèses

La première hypothèse posée était que la sage-femme néo-diplômée dispose de connaissances adaptées pour aborder le concept de la sexualité. Il est possible d'y répondre positivement : l'ensemble des sages-femmes appréhende la sexualité dans sa globalité comme le définit l'OMS. La richesse d'apports personnels est soulignée par les sages-femmes dans la construction de leur représentation et leurs connaissances en matière de sexualité. De plus, elles ont reçu un enseignement théorique pluridimensionnel lors de leurs formations initiales respectives. Cela est un socle de connaissances en sexualité voire une source d'intérêt dans ce domaine pour certaines. Elles en soulignent leur satisfaction lors des entretiens. Toutefois, une lacune persiste dans l'apport de savoir en sexualité gravidique : un fort besoin de connaissances supplémentaires se retrouve chez la majorité d'entre elles.

Une seconde hypothèse proposait que la sage-femme néo-diplômée développe une pratique au travers de ses expériences en identifiant et en s'adaptant aux besoins pour aborder la sexualité pendant la grossesse. Plus de la moitié de ces sages-femmes anticipent la demande de leurs patientes, conscientes du besoin des femmes enceintes à aborder la sexualité pendant la grossesse ainsi que de ces enjeux. L'ensemble des sages-femmes choisissent de s'emparer de chaque opportunité pour en parler, notamment lorsque la patiente est à l'initiative de l'échange. Cela s'avère possible par le développement d'une attitude et de techniques professionnelles adaptées à chaque patiente/couple, où la relation de confiance est instaurée. Par conséquent, il est possible de répondre aisément oui à l'hypothèse.

La troisième hypothèse était que la sage-femme néo-diplômée se sent en capacité d'accompagner les femmes enceintes et les couples dans leur sexualité. Il est difficile de répondre à cette hypothèse : le sentiment d'efficacité personnelle reste subjectif. Si des moyens permettent de l'estimer, il n'est pas possible d'affirmer ou d'infirmer si la sage-femme néo-diplômée se sent en capacité. On peut toutefois dire que l'aisance de parler de sexualité réside chez toutes les sages-femmes interrogées et la persuasion verbale des patientes renforce leur ressenti à « être capable ». Enfin, leur sentiment de compétence a tendance à être influencé par les expériences lors de leurs stages de formation.

5.3 Propositions

Après l'analyse des entretiens, il se dégage plusieurs propositions pouvant permettre de renforcer les compétences des sages-femmes néo-diplômées dans l'abord de la sexualité pendant la grossesse.

5.3.1. La déconstruction du tabou de la sexualité chez la femme enceinte

Des lacunes spécifiques à la sexualité gravidique persistent malgré la richesse des savoirs initiaux multidisciplinaires sur le concept de sexualité. Cela se traduit par une variabilité de l'estimation de leurs propres compétences.

Parallèlement, ces sages-femmes néo-diplômées pointent du doigt la force du tabou de la sexualité : dénonciation retrouvée dans la littérature (13,49). Ce silence imposé prédomine au cours de la grossesse. Or, des sages-femmes rappellent l'importance de la désacralisation de la sexualité et du rapport sexuel. Mais des difficultés empêchent les échanges lors de cette transition à la parentalité : une sage-femme évoque la période de la grossesse comme l'acquisition d'un statut maternel, jusqu'à en oublier la santé sexuelle de la femme enceinte.

Toutefois, les sages-femmes exercent dans des domaines réservés à la sphère de l'intime : l'obstétrique et la gynécologie. Elles se doivent d'être le garant de la santé sexuelle de la femme. Aussi, le Conseil de l'Ordre National des Sages-Femmes propose à « *renforcer la prévention en matière de santé sexuelle en créant trois consultations à des moments-clés de la vie* » (36). Les sages-femmes doivent être encouragées à aborder la sexualité et à normaliser celle-ci.

Pour ce faire, il faut comprendre ses propres résistances à évoquer la sexualité pendant la grossesse. Une étude auprès d'infirmières proposait la réalisation d'une formation sur certaines idées reçues sur la sexualité, non pas pour qu'elles « *soient éradiquées mais au moins élucidées* » (50). Les sages-femmes l'ont constaté : la construction de la sexualité est individuelle et dépendante de l'évolution sociétale. Etablir une réflexion sur sa propre représentation ou encore débattre sur les différentes thématiques de la sexualité comme Lisa, sage-femme formée en Belgique, a pu le

réaliser, peuvent contribuer à faire lumière sur « *les émotions, ses réactions pouvant être déclencher par l'autre chez soi* » et développer une réflexivité (23).

De plus, comme l'ont souligné les sages-femmes de cette étude, le spécialiste intervenant dans les enseignements initiaux impacte les futures pratiques professionnelles. Il s'y tient alors de trouver le professionnel le plus adapté pour amener les futures sages-femmes à défaire leurs représentations de la sexualité afin d'accueillir la parole des patientes. Il faudrait aussi interroger ces futures praticiennes sur le rapport à l'intimité. Ce travail peut être réalisé lors de la formation initiale : la loi du 25 janvier 2023 visant à faire évoluer la formation de sage-femme donne l'opportunité de repenser comment transmettre cette connaissance de soi et cette capacité à la réflexivité sur la sexualité gravidique (67). Cela viendrait combler ce besoin d'apports de connaissance cité par les sages-femmes néo-diplômées.

5.3.2 Expérimenter par ses pairs et par la réflexivité collective

Aborder la sexualité requiert de sentir en capacité de le faire : cette étude a soulevé l'influence des expériences des personnes similaires à soi dans le développement du sentiment d'efficacité personnelle. Comme le souligne G. LE BOTERF, c'est par « *l'action et la confrontation au réel que se mobilisent les compétences* » (21). Aussi, favoriser le « faire ensemble » lors des stages pourrait améliorer ce sentiment de compétence. Les sages-femmes ont le « *devoir de contribuer à la formation des étudiants sages-femmes* » (68). L'action conjointe permet à l'étudiant(e) d'expérimenter l'abord de la sexualité, de développer une attitude professionnelle. La relation de confiance vécue « *peut-être explicitée, théorisée, guidée éthiquement* » par les sages-femmes encadrantes en situation professionnelle (23).

De plus, l'un des objectifs de la stratégie nationale en santé sexuelle est « *d'apprendre à communiquer de façon efficace, avec empathie et sans jugement sur les sujets liés à la sexualité* » (15). Cette attitude thérapeutique est retrouvée dans tout entretien avec une patiente, un couple. La sage-femme peut accompagner l'étudiante dans son apprentissage des fondements de la relation à l'aide. Favoriser les milieux

de stage, où la santé sexuelle est au cœur de leur pratique, permettrait aux futures sages-femmes d'acquérir le sentiment de capacité à initier l'échange.

Parallèlement, l'expérimentation peut aussi se réaliser à travers des simulations (21). Plus largement utilisées dans l'apprentissage des gestes techniques (69), des mises en situation contribuent aussi à l'apprentissage de la conduite d'entretien. Des jeux de rôle ou des jeux à visée pédagogique sont en effet proposés dans des facultés de médecine ou au sein d'écoles de travailleurs sociaux. Ces mises en situations sont suivies d'un débriefing avec une analyse des émotions et une réflexion sur la pratique (70,71). Ainsi, cette analyse collective et réflexive devient le vecteur d'apprentissage des compétences relationnelles et du professionnalisme attendu chez les professionnels de demain (24,70–72).

Expérimenter l'abord de la sexualité par ses pairs, qu'il soit auprès de sages-femmes lors des stages ou avec d'autres étudiants sages-femmes lors de jeux de rôle à visée pédagogique, pourrait influencer le sentiment de compétence des sages-femmes néo-diplômées.

5.3.3 Sensibiliser les sages-femmes sur les violences sexuelles

Alors que les compétences pour aborder la sexualité permettent de répondre à un besoin des couples, certaines sages-femmes ont mis en lumière que cette démarche s'élargit au dépistage et à la prévention des violences. La grossesse est une période de vulnérabilité. Alors, interroger la femme enceinte sur sa vie conjugale, sur ses antécédents de violences permet « *d'ouvrir la boîte de Pandore* » et libérer la parole : cela représente l'opportunité d'interrompre la spirale de la violence et de ses répercussions (73) .

Disposer des compétences pour aborder la sexualité pendant la grossesse signifie aussi être sensibilisée à la prévalence des violences sexuelles conjugales. Comme le rappelle le Code de Déontologie des sages-femmes, dépister et prévenir les violences est l'une des actions confiées aux sages-femmes (68). Alors que des programmes de formation sur les violences au sein couple sont mis à disposition par le Gouvernement (74), l'abord des violences conjugales dont les violences sexuelles, reste difficile pour les professionnels de santé (73). Aussi, lors de la formation initiale,

il serait intéressant de proposer une intervention où le lien entre l'abord de la sexualité et cette mission de dépistage des violences, notamment conjugales, soit mis en évidence. Cela participerait à donner encore plus de sens à initier l'échange sur le vécu de la sexualité pendant la grossesse.

VI. Conclusion

L'abord de la sexualité pendant la grossesse est un réel besoin des patientes et des couples (13). Par cette étude qualitative, il est constaté que les sages-femmes néo-diplômées développent une pratique de conduite d'entretien en s'adaptant à chaque futur parent. Elles s'emparent des opportunités pour l'aborder, en employant la reformulation et les questions ouvertes : au cours de l'anamnèse de l'EPP, lors d'une séance de PNP ou suite à la question du futur parent. Leurs qualités relationnelles (empathie, non jugement, congruence, écoute) sont au cœur de leur pratique.

Ainsi, elles s'appuient sur leurs savoirs initiaux et dans leurs représentations respectives de la sexualité, bâties à travers leur propre histoire personnelle, par leurs lectures et par leurs rencontres auprès des femmes. Elles s'efforcent de déconstruire les fausses croyances autour cette sexualité gravidique qui reste, malgré les évolutions sociétales, encore tabou. Bien que la richesse des connaissances et leur méthodologie d'approche leur aient permis de s'acquérir d'une aisance pour échanger sur le sujet intime de la sexualité, une partie des sages-femmes néo-diplômées ne s'estiment pas être compétentes notamment à cause du manque de formation initiale spécifique à la grossesse. Ce sentiment d'efficacité personnelle est aussi influencé par la rareté des expérimentations lors de stages de formation initiale.

C'est au cours de l'action que se développe la compétence (20,21,56). Favoriser les mises en situations avec une réflexivité, avec les sages-femmes encadrantes lors des stages ou lors de jeux de rôle à visée pédagogique, participerait à acquérir une attitude professionnelle et à dépasser l'appréhension d'initier le dialogue sur la sexualité. Parallèlement, la désacralisation des représentations sur la sexualité de la femme enceinte pourrait aider à lever les craintes à aborder la sexualité. La centration de la personne passe par « *cette capacité de questionnement en fonction de ses croyances* » (56).

Les sages-femmes néo-diplômées de cette étude ont révélé par l'abord de la sexualité pendant la grossesse qu'elles dépistaient et prévenaient les violences. Accompagner les femmes et les couples vers un bien-être sexuel lors de la grossesse requiert aussi de pouvoir assurer cette mission confiée aux sages-femmes (68). Alors

qu'il persiste des difficultés chez les professionnels de santé à questionner les femmes sur ces violences (73), il semble nécessaire que ce lien entre l'abord de la sexualité et le dépistage des violences, notamment conjugales, soit entendu pour chaque futur professionnel, au cours de la formation initiale.

VII. Bibliographie

7.1 Documents référencés dans le mémoire par ordre d'apparition

1. Douard S. De la vie à deux à la vie à trois : impact de la naissance du premier enfant sur le reprise de la sexualité du couple [Internet] [Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme]. Université de Caen Basse-Normandie; 2014. 77 p
2. De Pierrepont C, Polomeno V, Bouchard L, Reissing E. Que savons-nous sur la sexualité périnatale ? Un examen de la portée sur la périnatalité. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2016;(45):796-808.
3. Bozon M. *Sociologie de la sexualité.* 4ème édition. Armand Colin; 2018. 187 p.
4. Rasse P. Sexualité et communauté familiale, le regard de l'anthropologie. *Hermès Rev. févr 2014*;(69):135-40.
5. De Setton L. La dynamique de la sexualité dans le couple. *J Psychol.* mai 2018;(357):18-20.
6. Jarlier C. Parler de sexualité pendant la grossesse : enquête auprès de 174 accouchées au CHU Estaing de Clermont-Ferrand [Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme]. Université d'Auvergne Faculté de Médecine; 2012. 92 p
7. Vigier C. L'information sur la sexualité pendant la grossesse dans le cadre d'un suivi de grossesse [Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme]. Université de Grenoble; 2021. 58 p
8. Sanfilippo E. Sexualité pendant la grossesse : Regards croisés dans le couple [Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme]. Faculté de Médecine Paris Descartes; 2017. 83 p
9. Code de la Santé Publique. Article L4151-1 -10 [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930152/
10. Haute Autorité de Santé. Critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles. *Douleurs Eval - Diagn - Trait.* févr 2011;12(1):H3-16.
11. Organisation Mondiale de la Santé. Définition de la santé sexuelle [Internet]. 2002 [cité 18 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>
12. De Montigny F, De Montigny Gauthier, Pascale, Dennie-Fillion E. Sexualité et grossesse, l'expérience des couples. 2015;12(1):40-2.
13. Malphettes V. Les sages-femmes face à la plainte sexuelle des patientes. *Sages-Femmes.* févr 2021;(1):22-4.

14. Khaled ZB, Bokaie M, Attari SM. Effect of pregnancy on sexual function of couples. Afr Health Sci. juin 2018;18(2):227-34.
15. Ministère de la Santé. Stratégie Nationale de Santé Sexuelle 2017-2030 [Internet]. 2017 2030. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
16. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Référentiel Métier et Compétences des Sages-Femmes [Internet]. 2010. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIEL-SAGES-FEMMES-2010.pdf>
17. Hébrard L. La sexualité du couple après la naissance d'un enfant: quel accompagnement ? [Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme]. Université de Clermont-Ferrand; 2019. 72 p
18. Rouet O. La place de la santé sexuelle en consultation menée par une sage-femme. Étude qualitative auprès de sages-femmes de septembre 2019 à janvier 2020. [Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme] UFR de Médecine et des Sciences de la Santé de Brest. 2020. 36 p
19. Klarsfeld A. La compétence, ses définitions, ses enjeux. Gest 2000. avr 2000;(N°2):31-47.
20. Enlart S. La compétence. In: Traité des sciences et des techniques de la formation [Internet]. Paris: Dunod; 2011. p. 229-48. (Psycho Sup). Disponible sur: <https://www.cairn.info/traité-des-sciences-et-des-techniques-de-la-format--9782100566891-p-229.htm>
21. Le Boterf G. Développer et mettre en œuvre la compétence : comment investir dans le professionnalisme et les compétences ? Eyrolles. 2018. 291 p. (Livre outils-Ressources Humaines).
22. BATAL C, FERNAGU OUDET S. Compétences, un folk concept en difficulté ? Savoirs. 2013;3(N°33):39-60.
23. Merklings J. Les fondements de la relation de soin, Savoirs essentiels, outils à mobiliser et professionnalisation. Seli Arslan. 2017. 256 p.
24. Thiberge B. La question des compétences sociales et relationnelles, Points de vue de praticiens. L'Harmattan. 2008. 222 p.
25. Entretien avec Guy LE BOTERF. MagRH [Internet]. 7 mars 2019; Disponible sur: <http://www.magrh.reconquete-rh.org/index.php/articles/carrieres/76-leboterf>
26. Bandura A. Sources de l'efficacité personnelle. In : Bandura A. Auto-efficacité, le sentiment d'efficacité personnelle. De Boeck. 2015. pp123-177
27. Déchalotte M. La sexologie : entre médicalisation et démedicalisation. Prof Sage-Femme. juin 2019;(256):42-4.

28. Kerbel N. Médicalisation de la sexualité, une évolution des normes. Sages-Femmes. févr 2021;(1):10-3.
29. UNESCO SS&DH. Définitions Droits Humains : définition de la sexualité selon l'Organisation Mondiale de la Santé [Internet]. 2020. *Disponible sur: <https://santesexuelle-droitshumains.org/droits-humains-definitions/>*
30. Lopès P, Poudat FX. Manuel de sexologie. Elsevier Masson. 2013. 352 p.
31. Docteur Solano C. La sexualité, Désir, plaisir, fantasmes, grossesse. Flammarion. 2004. 128 p.
32. Thomas E, Baumann C, Galliot L. Sexualité durant la grossesse : revue systématique. Rev Sage-Femme. 2019;(18):293-301.
33. Leuillet P. Grossesse et post-partum. In: Médecine sexuelle, Fondements et pratiques en médecine sexuelle. Lavoisier. 2016. p197-203
34. Docteur Leuillet P. La grossesse : un tsunami pour la sexualité du couple. 2009; Assises Française de Sexologie et Santé Sexuelle de Lille.
35. Bydlowski M. Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne. Devenir. 2001;13(2):41-52.
36. Une proposition de loi pour la santé des femmes [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 9 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/une-proposition-de-loi-pour-la-sante-des-femmes/>
37. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme.
38. Pennec AL. Santé sexuelle, la définition de l'OMS. Ecole Parents. 2013;602(3):37-37.
39. Courtois R. Conceptions et définitions de la sexualité: les différentes approches. Ann Méd. 1998;9.
40. Docteur Sapin S. Les troubles sexuels de la femme. Sages-Femmes. févr 2021;(1):17-21.
41. Giami A. Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être. J Psychol. sept 2007;(258):56-60.
42. Hue G. Intimité. In: Les concepts en sciences infirmières [Internet]. Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2012. p. 212-3. Disponible sur: https://www-cairn-info.passerelle.univ-rennes1.fr/feuilleter.php?ID_ARTICLE=ARSI_FORMA_2012_01_0212
43. Juliens C. Le corps intime, La formation corporelle des soignants, Approches anthropologiques, éthique et pédagogique. Seli Arslan. 2016. 192 p.

44. Schweizer DA. L'abord de la sexualité en consultation gynécologique. Rev MÉDICALE SUISSE. 2017;
45. Jeannette E. L'abord de la sexualité en consultation de gynécologie par les professionnels de la santé gésésique dans le bassin grenoblois [Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme]. Grenoble-Alpes; 2021. 114p
46. Groman E. Comment parler de la sexualité après l'accouchement ? Vocat Sage-Femme. avr 2016;(119):30-4.
47. De Montigny F, De Montigny Gauthier, Pascale, Dennie-Fillion E. Sexualité et grossesse, l'expérience des couples. 2015;12(1):40-2.
48. Frey C. Grossesse et sexualité conjugale [Internet] [Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme]. Henri-Pointcaré de Nancy; 2010. 61p
49. Gicquel A. Le gynécologue face à la plainte sexuelle, enquête auprès de 275 gynécologues [Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Inter-Universitaire de Sexologie]. Faculté de Médecine Nantes; 2012. 61p
50. Giami A, Moreau E, Moulin P. Infirmières et sexualité : entre soins et relation. EHESP. 2015. 158 p.
51. Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles : comment mieux informer les femmes enceintes ? 2005 avr p. 56.
52. Queyrens I. L'abord de la sexualité par les sages-femmes en cours de la préparation à la naissance et à la parentalité [Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme]. Ecole universitaire de Maïeutique Marseille; 2015. 234p
53. Hostachy F. Etat des lieux de la prise en charge sexologique des femmes en post-partum : étude descriptive auprès des professionnels de santé du département du Puy-de-Dôme [Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme]. Université d'Auvergne Faculté de Médecine; 2014. 92p
54. Organisation mondiale de la Santé. Communication Brève et relative à la Sexualité (CBS): Recommandations pour une approche de santé publique [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2017. *Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260444>*
55. Thomas F. L'entretien, un acte thérapeutique - Champs médical, psychologique et psychosocial. Seli Arslan. 2020. 184 p.
56. Bioy A, Maquet A. Se former à la relation d'aide, Concepts-Méthodes-Applications. Dunod. 2021. 216 p.
57. Simon E. Écoute active. In: Les concepts en sciences infirmières [Internet]. Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2012. p. 310-1. *Disponible sur: <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-p-310.htm>*

58. Tisseron S, Bass HP. L'empathie, au cœur du jeu social. *J Psychol.* 2011;286(3):20-3.
59. Tourné CÉ. Un corps pour trois. La sexualité au cours de la grossesse. *Spirale.* 2003;26(2):89-107.
60. Laura C, Mallika P. La sexualité des couples durant la grossesse [Mémoire de fin d'études travail de bachelor]. Haute Ecole de Santé de Genève; 2018. 86p
61. Jacquemier M. Une sexualité altérée pendant la grossesse présage-t-elle des difficultés sexuelles dans les deux années qui suivent la naissance ? [Diplôme Inter-Universitaire d'Etude de la Sexualité Humaine]. Faculté de Médecine Nantes; 2018. 69p
62. Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple Méthode Recommandations pour la pratique clinique. 2019 juin.
63. Ministère de la Santé. Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé [Internet]. 2001 févr.
64. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les 1000 premiers jours, là où tout commence. [Internet] 2020 sept.
65. Jaspard M. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. *Popul Sociétés* [Internet]. janv 2001;(364). *Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18735/pop_et_soc_francais_364.fr.pdf*
66. Piguet C, Nagels M. Le sentiment d'efficacité : approche empirique auprès de professionnels de santé en France et en Suisse. In Auzeville, France; 2006. Disponible sur: <http://www.enfa.fr/autoformation/>. hal-00174685
67. LOI n° 2023-29 du 25 janvier 2023 visant à faire évoluer la formation de sage-femme (1). 2023-29 janv 25, 2023.
68. Code de la santé publique : Sous-section 1 : Devoirs généraux des sages-femmes. ... (Articles R4127-301 à R4127-324).
69. Granry JC, Moll MC. Rapport de mission pour la Haute Autorité de Santé État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé Dans le cadre du développement professionnel continu(DPC)et de la prévention des risques associés aux soins [Internet]. France; 2012. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation_en_sante_-_rapport.pdf
70. Vari J. Jouer sérieusement pour se former à l'éthique ? Débriefing ses émotions pour apprendre. *Spirale - Rev Rech En Éducation.* 2018;61(1):69-81.
71. Zimowski J. Mobiliser la simulation en santé pour la formation à l'éthique des étudiants infirmiers. *Spirale - Rev Rech En Éducation.* 2018;61(1):123-33.

72. Percivalle A. Apport de la simulation dans l'apprentissage de l'éthique aux futurs médecins. ADSP. 2022;118(2):8-9.
73. Violences sexuelles en médecine générale : Mieux les identifier : Pourquoi ? [Internet]. un maillon manquant. 2022 [cité 12 mars 2023]. Disponible sur: <https://unmaillonmanquant.org/2022/05/01/violences-sexuelles-en-medecine-generale-mieux-les-identifier-pourquoi/>
74. Gouvernement. Outils de formation sur les violences au sein du couple [Internet]. Arrêtons les violences. 2020. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/outils-violences-au-sein-du-couple>

7.2 Documents non référencés par ordre alphabétique

Article de périodique

- Giami A. La sexologie en début. Hermès, La Revue. févr 2014;(69):177-82.
- Guerrin B. Albert Bandura et son oeuvre. Recherche en soins infirmiers. mars 2012;(108):106-16. 5.
- Kerbel N. Comprendre le plaisir féminin. Sages-femmes. février 2021;(1):14-6.
- Lachowsky M, Grivel T, Lemaire A, Elia D. Couple, sexualité et santé sexuelle. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. mai 2005;33(5):326-30.
- Malarewicz A, Szymkiewicz J, Rogala J. Sexuality of pregnant women. Ginekol Pol. septembre 2006;77(9):733-9.
- Percat A, Elmerstig E. "We should be experts, but we're not": Sexual counselling at the antenatal care clinic. Sexual & Reproductive Healthcare. décembre 2017;14:85-90.
- Richard-Geurrudj N. Des sages-femmes à l'écoute du couple. Profession Sage-Femme. mars 2007;(133):36-8.
- Waynberg J. Maïeutique et sexologie : objet et limites d'un essor professionnel inévitable. Profession Sage-Femme. sept 2012;(188):32-4.
- Yeniel AO, Petri E. Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. Int Urogynecol J. janv 2014;25(1):5-14.

Thèse et mémoire

- Doucet Jeffray N, Miton Conrath S. Vécu et pratique de la sexualité chez les hommes enceints [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Université de Nantes Faculté de Médecine; 2003. 108p
- Tourjansky A. L'abord de la sexualité postnatale par les sages-femmes dans leur pratique professionnelle [Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme]. Université Sorbonne Paris Cité; 2019. 138p

Ouvrage

- Beauthier R, Piette V, Truffin B. La modernisation de la sexualité (19ème et 20ème siècles). Editions de l'université de Bruxelles. 2010. 240 p.
- Minet F. L'analyse de l'activité et la formation des compétences. Paris: L'Harmattan; 1995. 156 p.

Chapitre de livre

- Chaperon S. Sexologie européennes, La médicalisation de la sexualité (Europe latine, XIXe-XXe siècle). In: Médicalisation de la sexualité. Méridiennes Presses universitaires du Midi. 2017. p. 170
- Loarer E. Aptitude. In: Psychologie du Travail et des Organisations : 110 notions clés .2^{ème} édition. Paris: Dunod; 2019. p. 54-58.
- Mivšek AP. Do midwives Need Sexology in Their Undergraduate Study Programme? Study Among Graduates of Midwifery Programme who Attended Sexology Course In : Ana Polona Mivšek Sexology in Midwifery. London :IntechOpen. 2015

Rapport

- Haut Conseil de Santé Publique. Avis relatif à la santé sexuelle et reproductive. 2016 mars.p20.
- Haut Conseil de Santé Publique. Santé sexuelle et reproductive. 2016 mars.p92.

Communication dans un congrès

- Docteur Leuillet P. La grossesse : un tsunami pour la sexualité du couple. In : Assises Française de Sexologie et Santé Sexuelle de Lille, 2009, Lille, 32p.

VIII. Annexes

Annexe 1

Message diffusé à partir de mon profil personnel sur les groupes sociaux des sages-femmes en France

Parler ou non de sexualité pendant la grossesse – MEMOIRE SAGE FEMME

Bonjour à toutes et tous,

Je m'appelle Marion Stéphan et je suis étudiante sage-femme à l'école de Rennes.

Je réalise un mémoire concernant l'abord de la sexualité pendant la grossesse par les sages-femmes diplômées dans les 5 dernières années (depuis 2017).

Dans le cadre de ce mémoire, je vous propose que l'on échange sur votre pratique professionnelle. Que vous n'abordez pas, peu ou régulièrement, la sexualité avec les femmes enceintes, avec les couples, je vous invite à me contacter sur Facebook ou par mon adresse email.

Je vous remercie vivement de votre réponse,

Bonne journée,

Marion Stéphan

Adresse email

Annexe n°2

Message envoyé directement sur leur contact professionnel suite à la recherche ciblée sur Doctolib ®

Bonjour Madame X,

Je m'appelle Marion Stéphan et je suis étudiante sage-femme à l'école de sages-femmes de Rennes. Je me permets de vous contacter au sujet de mon mémoire de fin d'études de sages-femmes.

Ce mémoire concerne l'abord de la sexualité pendant la grossesse par les sages-femmes diplômées dans les 5 dernières années (depuis 2017). Dans ce cadre, je recherche des sages-femmes qui souhaitent échanger sur leur pratique professionnelle : que vous n'abordez pas, peu ou régulièrement, la sexualité avec les femmes enceintes, avec les couples, je vous propose si vous êtes intéressée, de me contacter à ce numéro ou par mon adresse email.

Je vous remercie vivement de votre réponse et espère que nous pourrions nous rencontrer prochainement.

Bonne journée,

Marion Stéphan

Adresse email / N° de téléphone

Annexe 3 :
Guide d'entretien

L'abord de la sexualité en pratique

- Méthodologie utilisée par la sage-femme pour aborder la sexualité
- Difficultés ou aides pour parler de sexualité
- Raisons de l'abord de la sexualité pendant la grossesse selon la sage-femme
- Sujets abordés sur la sexualité pendant la grossesse

Les connaissances du concept de la sexualité :

- Représentation de la sexualité
- Description des connaissances reçues lors de la formation initiale
- Ressources développées depuis l'obtention du diplôme sur l'approche de la sexualité

Le sentiment de compétence

- Ressenti sur le sentiment d'efficacité personnelle dans l'accompagnement en sexualité humaine (qualités requises de la sage-femme, évaluation du sentiment d'efficacité, moyens développés devant des difficultés)
- Moyens et expériences favorables pour développer un sentiment d'efficacité dans l'analyse et le conseil en sexualité depuis son exercice en tant que sage-femme et proposés pour la formation initiale.

Annexe n°4 :

Grille d'entretien

Introduction

Je suis Marion Stéphan, étudiante sage-femme. On se rencontre aujourd'hui pour échanger de votre pratique sur l'abord de la sexualité dans votre exercice professionnel. L'entretien durera environ 40 minutes en fonction de notre échange. La confidentialité de vos propos ainsi que votre anonymat seront respectés. Etes-vous toujours d'accord à ce que l'entretien soit enregistré ?

Le profil de la sage-femme

Est-ce que vous pouvez me décrire votre parcours ?

- 1. En quelle année avez-vous été diplômée ? De quelle école ?**
(année de diplôme et lieu de formation initiale),
- 2. Où exercez-vous ? Depuis combien de temps ? Où avez-vous exercée et combien de temps ?**
(mode d'exercice, années d'exercices),
- 3. Avez-vous obtenu d'autres diplômes universitaires depuis ? Le(s)quel(s) ?**
(diplômes de formation continue)

Thèmes	Questions
L'abord de la sexualité en pratique	<p>A partir de votre pratique, quelle est votre stratégie pour aborder et échanger sur la sexualité pendant la grossesse avec les patientes ? ou avec les couples ?</p> <p>Q° de relance : Est-ce que vous pouvez me décrire comment est-ce que vous abordez habituellement la sexualité pendant la grossesse ?</p> <p>Sous questions :</p> <ol style="list-style-type: none">1. A quel moment jugez-vous qu'il est utile et adapté d'aborder la question de la sexualité ? Relances seulement s'il n'y a aucune précision :<ul style="list-style-type: none">- systématiquement à chaque consultation ou à chaque séance,- à une séance de PNP en particulier- uniquement à la demande des femmes enceintes et/ou des couples,- dès lors qu'il y a une relation de confiance avec la patiente/les couples,- plus en groupe,- plus en individuel- plutôt en début ou au milieu ou en fin de consultation ou indifféremment en vous adaptant à la situation) ...2. Habituellement, qui aborde le sujet de la sexualité ? <i>(femmes enceintes, couples, le conjoint, sage-femme)</i>3. Dans les grossesses que vous suivez, quand est abordée la question de la sexualité ? (dès la première consultation, après plusieurs consultations ou séances de PNP, en début/milieu/fin de consultation ou de séance, après l'établissement d'un lien de confiance ...)

	<p>4. Quels sont les facteurs qui vous aident ou, plutôt vous freinent à parler de sexualité pendant la grossesse ?</p> <p>Q° de relance : Qu'est-ce qui vous facilite à parler de sexualité pendant la grossesse ?</p> <ul style="list-style-type: none"> → <i>relation de confiance,</i> → <i>vos connaissances,</i> → <i>les connaissances des femmes,</i> → <i>la demande des femmes,</i> → <i>les besoins ou les problèmes que vous identifiez,</i> → <i>précisez...</i> <p>A l'inverse, qu'est-ce qui vous pose des difficultés pour aborder la sexualité ?</p> <ul style="list-style-type: none"> → <i>tabou de la sexualité,</i> → <i>temps dédié à la consultation,</i> → <i>manque de connaissances,</i> → <i>manque d'aisance,</i> → <i>présence d'autres personnes (groupe, partenaire ...),</i> → <i>réaction des patientes/couples,</i> → <i>culture,</i> → <i>situation géographique ...)</i> <p>Quel intérêt, selon vous, y a-t-il à échanger sur la sexualité pendant la grossesse ?</p> <p>Q° de relance : lorsque vous choisissez-vous d'échanger sur la sexualité avec les femmes enceintes/les couples, quels sont vos objectifs ?</p> <ul style="list-style-type: none"> → <i>informer sur l'évolution et les changements liés aux modifications physico-physiques,</i> → <i>conseiller sur les différentes pratiques en sexualité,</i> → <i>prévenir sur les troubles en lien avec la sexualité,</i> → <i>rassurer les couples, être une écoute bienveillante,</i> → <i>les sensibiliser sur le bien-être en santé sexuelle,</i> → <i>les orienter vers des professionnels...</i> <p>Sous-questions :</p> <p>1. Pour vous, quels sont les points incontournables dans cet échange ?</p> <ul style="list-style-type: none"> → <i>les rassurer sur l'évolution de leur sexualité,</i> → <i>être dans une écoute active,</i> → <i>leur donner des informations précises et fiables ...</i> <p>2. Qu'est-ce qui paraît important d'aborder pendant la grossesse ?</p> <p>Q° de relance : Questionnez-vous vos patientes sur leurs sources d'information en sexualité et leurs connaissances ? Qu'est-ce que vous remarquez ?</p> <ul style="list-style-type: none"> → <i>modifications corporelles,</i> → <i>évolution de la libido,</i> → <i>inquiétudes-fausse croyances pendant la grossesse,</i> → <i>pratiques et positions sexuelles, inquiétudes sur le post-partum,</i> → <i>autres ...</i>
<p>Les connaissances et conception de la sexualité</p>	<p>Si je vous dis « sexualité », qu'est-ce que cela évoque pour vous ?</p> <p>Q° de relance : Comment est-ce que vous vous représentez la sexualité ?</p> <ul style="list-style-type: none"> → <i>Exclusivement le rapport sexuel</i> → <i>Plus généralement les comportements sexuels,</i> → <i>Le rapport à l'intimité,</i> → <i>La relation à l'autre</i>

	<ul style="list-style-type: none"> → <i>Le rapport au plaisir sexuel,</i> → <i>La santé sexuelle,</i> → <i>L'épanouissement sexuel,</i> → <i>Le bien-être du corps et le rapport à son corps ...</i> → <i>Le besoin naturel</i> → <i>La reproduction humaine</i> → <i>L'élan vital ...</i> <p>Qu'est-ce qui vous a permis de construire votre représentation de la sexualité ?</p> <p>Q° de relance : Comment vous êtes arrivé(e) à cette représentation de la sexualité ?</p> <p>Sous questions :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Est-ce à partir de votre formation initiale, de vos expériences de terrain ? des formations complémentaires ? 2. Sous quelle forme était-ce ? <ul style="list-style-type: none"> → <i>cours magistraux</i> → <i>mise en situation</i> → <i>jeux de rôle</i> → <i>analyse d'observation clinique/stages</i> → <i>participation à des groupes de paroles de femmes</i> → <i>participation à des MOOC ou formation en ligne</i> → <i>des échanges informels avec des sages-femmes</i> → <i>une recherche d'information personnelle (lecture d'articles, émissions télévisées ou radio phoniques</i> 3. Y-a t- il une approche de la sexualité qui vous a convenu davantage ? <ul style="list-style-type: none"> → <i>sexocorporelle,</i> → <i>cognitivo-comportementale,</i> → <i>autre</i> 4. Quel volume d'heures de cours théorique cela a-t-il représenté dans l'ensemble ? 5. Quel a été le volume de formation pratique ? 6. Avez-vous pu observer les professionnels de santé pratiquer en sexualité, en stage ? Sur quel terrain de stage ? 7. Qu'est-ce que vous retenir de marquant de cette formation initiale ? 8. Quelles sont ou ont-été vos moyens pour compléter, approfondir vos connaissances en sexologie ? (colloque, séminaire, formation en ligne, DIU en cours, lectures personnelles ...).
<p>Le sentiment de compétence</p>	<p>Lorsque vous abordez la sexualité avec les patientes/couples, quels sont les émotions et les ressentis que cela génère pour vous ?</p> <p>Q° de relance : Est-ce que vous pouvez me décrire en quelques mots votre ressenti lorsqu'une patiente/couple vous en parle ou lorsque vous abordez ce sujet ?</p> <ul style="list-style-type: none"> → <i>sent à l'aise dans mes explications,</i> → <i>difficultés devant les inquiétudes de patientes,</i> → <i>senti(e) anxieux(se),</i> → <i>désemparée,</i>

→ *réorientation vers des professionnels*

Sous questions :

1. Quelle est votre réaction lorsqu'une patiente vous parle de sexualité ?

- *expliquer mes limites en tant que sage-femme,*
- *trouver des réponses dans ma propre expérience personnelle,*
- *orienter vers des professionnels spécialisés,*
- *différer ma réponse et reconvoquer la patiente*
- *faire des recherches ...)*

2. Pour vous, quelles sont les habiletés, les qualités requises pour échanger sur la question de la sexualité pendant la grossesse ?

- *être bienveillante,*
- *dans une écoute active,*
- *dans l'empathie,*
- *être à l'aise avec le sujet,*
- *ne pas être gêné(e) ...*

3. Aujourd'hui estimez-vous votre pratique satisfaisante, vous pouvez m'expliquer en quoi ?

- *réussite/échec dans les explications,*
- *informations claires/floues,*
- *remerciements des femmes/couples,*
- *inquiétudes persistantes chez les femmes/couples ...*

Est-ce qu'il y a eu des changements dans votre accompagnement, est-ce que vous pouvez me donner des exemples ? Qu'est-ce qui vous a aidé ?

Sous-questions :

1. Comment avez-vous vu votre pratique évoluer ?

- *modifier la manière d'aborder systématique la question de la sexualité,*
- *réaliser/envisager une formation complémentaire,*
- *créer d'un réseau de professionnels pour orienter*

2. Lors de votre formation initiale en matière de sexualité humaine, en quoi êtes-vous satisfait(e) ?

- *connaissances adaptées,*
- *situations variées multiples enrichissantes d'approche de la sexualité, ou le contraire ...*

3. Ou inversement, pouvez-vous m'expliquer ce que vous auriez aimé avoir lors de votre formation initiale ?

- *connaissances adaptées à la physiologie de la femme enceinte,*
- *approche différente,*
- *information sur les conseils sur les positions,*
- *pratiques sexuelles (préliminaires, masturbation ...)*
- *accès à des conférences,*
- *développement de cours en ligne,*
- *observation de l'abord de la sexualité lors des stages,*
- *techniques et mises en situation d'aborder un sujet sans tabou,*
- *multiplier les situations*

Conclusion :

- Est-ce qu'il y a une situation particulière qui a marqué votre expérience : pouvez-vous me la raconter ?
- Est-ce que vous voyez quelque chose que vous souhaiteriez rajouter ?
- Si vous voulez ajouter quelque chose vous pouvez m'envoyer un email.

Annexe N°5

		<u>Verbatim</u>	<u>Analyse</u>
Le profil de la sage-femme	Année de diplôme et lieu de formation initiale		
	Mode et années d'exercice		
	DU ou formations		
L'abord de la sexualité en pratique (la forme et le fond)	Méthodologie utilisée (stratégie/qui/quand/comment)		
	Habilités-qualités requises		
	Difficultés / ce qui freine		
	Aides /ce qui facilite		
	Raisons (intérêts/points incontournables/importants = Sujets abordés sur la sexualité pendant la grossesse		
Les connaissances (du) et conception de la sexualité	Représentation de la sexualité		
	Construction de la représentation de la sexualité		
	Connaissances lors de la formation initiale		
	FI : <ul style="list-style-type: none"> • Forme • Approche • Volume horaires 		
	Ressources développées depuis l'obtention du diplôme sur l'approche de la sexualité		
Le sentiment de compétence	Ressenti du SEP dans l'accompagnement en sexualité humaine		
	Réaction de la SF s/abord		
	Evaluation du SEP		
	Evolution de sa pratique/changements pour d'over SEP		
	Expériences favorables au développement de ces compétences.		
	Satisfaction FI		
	Souhait pour la FI		

Annexe n°6

Tableau n°1 : descriptif des caractéristiques des enquêtées

Nom d'emprunt	Lieu de diplôme	Année de diplôme	Milieu d'exercice		Abord de la sexualité	Formation continue
			Hospitalier	Libérale		
Anne	Rennes	2020	6 mois	1 an ½	Oui	/
Béatrice	Saint Denis, Île de la Réunion	2020	/	2 ans	Oui	Formation complémentaire en post-natal
Clémence	Lille	2018	4 ans	/	Rare	DU en addictologie DU en tabacologie en cours
Danielle	Metz	2018	/	3 ans	Oui	Formations complémentaires en gynécologie, sur les violences sexuelles, la rééducation périnéale
Emma	Grenoble	2020	2 ans	/	Rare	DU en gynécologie souhaité
Fanny	Rennes	2019	/	3 ans	Oui	Formation complémentaire sur les violences faites aux femmes et aux enfants et en rééducation périnéale
Géraldine	Brest	2019	/	3 ans	Rare	Formation complémentaire en gynécologie
Hélène	Paris	2020	1 an ½	7 mois	Jamais	Formation complémentaire à la rééducation périnéale et à la PNP
Isabelle	Bourg en Bresse	2020	/	2 ans	Oui	Formation complémentaire en gynécologie (IVG, vaginisme, endométriose, IST, ménopause)
Julie	Bordeaux	2018	2 ans (mixte)	4 ans (dont 2 ans mixte)	Rare	Master en génétique
Karen	Bourg en Bresse	2020	8 mois	2 ans	Oui	Formations complémentaires en rééducation périnéale
<i>Sages-femmes non incluses dans l'étude</i>						
Léa	Belgique	2020	1 an ½ (6 mois en mixte)	1 an ½ (6 mois en mixte)	Oui	DIU gynécologie DIU de sexologie en projet
Marie	Belgique	2020	6 mois	1 an ½	Oui	DU de gynécologie DU ou Master en sexologie en projet

Résumé

Objectif : Comprendre les pratiques et les compétences des sages-femmes néo-diplômées sur l'abord de la sexualité pendant la grossesse et de savoir sur quoi elles s'appuient.

Matériel et méthode : Une étude qualitative rétrospective à partir d'entretiens semi-directifs auprès de onze sages-femmes diplômées en France entre 2018 et 2020.

Résultats : Les sages-femmes néo-diplômées développent une posture professionnelle adaptée pour identifier les besoins des couples et des femmes enceintes. Elles abordent majoritairement la sexualité systématiquement la sexualité, en s'emparant de toute opportunité. Bien qu'elles détiennent des savoirs sur la santé génésique, elles reconnaissent un manque de formation en sexualité spécifique à la grossesse, préjudiciable dans leur sentiment d'efficacité personnelle. Ce sentiment est influencé aussi par la rareté des expérimentations d'abord de la sexualité lors de stages de formation initiale.

Conclusion : Les sages-femmes néo-diplômées ont conscience des besoins d'information des couples sur la sexualité lors de la grossesse. Aussi, favoriser les mises en situations d'abord de la sexualité au cours de la formation initiale semble primordial dans le dépassement de l'appréhension d'initier à la parole sur la sexualité. De plus, aborder la sexualité lors de cette période représente l'opportunité de dépister et de prévenir les violences, dont sexuelles : sensibiliser les futures sages-femmes sur cet enjeu peut développer une autre motivation à l'abord systématique de la sexualité pendant la grossesse.

Mots-clés : compétences, sage-femme, sexualité, grossesse

Summary

Objective: To understand the practices and skills of new graduate midwives in dealing with sexuality during pregnancy and to know what they rely on.

Material and method: A retrospective qualitative study based on semi-structured interviews with eleven midwives who graduated in France between 2018 and 2020.

Results: Newly qualified midwives develop a professional posture adapted to identify the needs of couples and pregnant women. They mostly approach sexuality systematically, taking advantage of any opportunity. Although they have knowledge of reproductive health, they recognise a lack of training in sexuality specific to pregnancy, which is detrimental to their sense of personal effectiveness. This feeling is also influenced by the scarcity of experience in dealing with sexuality during their initial training.

Conclusion: Newly qualified midwives are aware of the need to inform couples about sexuality during pregnancy. Therefore, encouraging the use of sexuality situations during initial training seems to be essential in overcoming the apprehension of talking about sexuality. Furthermore, discussing sexuality during this period represents an opportunity to detect and prevent violence, including sexual violence: raising awareness of this issue among future midwives can develop another motivation to systematically discuss sexuality during pregnancy.

Keywords: skills, midwife, sexuality, pregnancy